

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Direktorin: Prof. Dr. med. Katja Becker

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

in Zusammenarbeit mit dem

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg

Wirksamkeit und Nutzen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen

**Eine kontrollierte Therapiestudie an einer
klinisch-repräsentativen Stichprobe**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg**

vorgelegt von

**Brigitte Pollitt, geb. Schneider
aus Neuwied**

Marburg im Juli 2009

Angenommen vom Fachbereich Medizin

der Philipps-Universität Marburg am 23. Juli 2009

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof. Dr. Matthias Rothmund

Referent: em. Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt

Korreferent: Prof. Dr. Jürgen - Christian Krieg

Vorwort

Das Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neuwied wurde 1991 eigenständig als erste Tagesklinik in Rheinland-Pfalz gegründet. Die Konzeption als moderne kinder- und jugendpsychiatrische Klinik mit einem multimodalen Therapiekonzept mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt erstellte der Chefarzt Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Löchel. Die Zahl der behandelten jungen Patienten und Patientinnen stieg stetig, so dass aktuell 30 Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. 1999 wurde die Ermächtigungsambulanz des Chefarztes durch eine psychiatrische Institutsambulanz mit einem vielfältigen Therapieangebot abgelöst, wodurch die Vor- und Nachsorge der tagesklinisch betreuten Kinder und Jugendlichen verbessert werden konnte. Das multiprofessionelle Team aus Ärzten, Psychologen, Familientherapeuten und Ergotherapeuten richtete sich in seiner Arbeit mit den Patienten und deren Familien nach dem jeweiligen Erkenntnisstand des Fachgebietes.

Seit der Gründung strebte das Johanniter-Zentrum eine enge Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Philipps-Universität Marburg an. Auf dem Boden dieser langjährigen Kooperation konnte die vorliegende Arbeit verwirklicht werden. Die Studie ist eine konsequente Fortsetzung der vielfältigen Vorarbeiten der Forschergruppe um Prof. em. Dr. Dr. Helmut Remschmidt als Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In dieser Forschungstradition stand die Epidemiologie und Versorgungsforschung, die Verlaufsforschung, die Psychotherapieforschung und die Entwicklung von Methoden und Erhebungsinstrumenten im Zentrum. Als Ziel wurde die Verbindung der universitären Forschungsergebnisse mit der klinischen Arbeit in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gesehen. Insbesondere wurde die Überwindung der Kluft zwischen universitärer und außeruniversitärer Behandlungseinheiten angestrebt. Die bundesweit angewandten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen benötigen eine empirische Basis, um eine rationale Einschätzung der Behandlungskonzepte vornehmen zu können. Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten.

Inhaltsübersicht

Seite

1. Die ambulante Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland	
1.1. Grundlagen.....	1
1.2. Qualitätssicherung und Therapieevaluation.....	13
2. Ziele, Fragestellungen und Hypothesen.....	39
3. Untersuchungsdesign, Behandlungsansatz und Methoden der Datenerhebung	
3.1. Untersuchungsdesign.....	42
3.2. Behandlung in der Institutsambulanz des Johanniter-Zentrums in Neuwied: Therapeutische Rahmenbedingungen.....	44
3.3. Methoden der Datenerhebung.....	51
4. Stichprobe.....	62
4.1. Teilnahme und Ausschöpfungsquoten.....	64
4.2. Stichprobenbeschreibung und Reduktionsanalyse.....	71
5. Ergebnisse	
5.1. Differenzierte Beschreibung der Analyse-Stichprobe.....	82
5.2. Deskriptive Ergebnisse zu den Behandlungsdaten.....	93
5.3. Überprüfung der Hypothesen.....	102
5.4. Deskriptive Ergebnisse zu den Veränderungen im Verlaufe der Behandlung.....	111
5.4.1 Veränderungen der Symptomausprägung.....	115
5.4.2 Veränderungen der Lebensqualität.....	136
5.4.3 Veränderungen des globalen Funktionsniveaus.....	154
5.4.4 Zufriedenheit mit der Behandlung.....	157
6. Diskussion	
6.1. Durchführbarkeit in einer Ambulanz der Regelversorgung.....	159
6.2. Ergebnisse zu den Veränderungen im Verlauf der Behandlung.....	163
6.3. Kritischer Ausblick.....	177
7. Zusammenfassung.....	181
8. Literaturverzeichnis.....	184
9. Anhang	
9.1. Legende.....	198
9.2. Studien zur Therapieevaluation.....	200
9.3. Materialien und Erhebungsbögen.....	208
9.4. Tabellenverzeichnis.....	237
9.5. Abbildungsverzeichnis.....	242

1 Die ambulante Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Deutschland

1.1 Grundlagen

Die Behandlung psychisch kranker Menschen war lange Zeit ein Sonderfall in der medizinischen Versorgung. Erst relativ spät wurde den psychisch kranken Menschen die gleichen Rechte wie den organisch kranken zugestanden. Wie die Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag, 1975) belegte, war insbesondere die Versorgungslage der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen bis zur Erstellung des Berichtes zur Versorgungslage in Westdeutschland völlig unzureichend. Trotz aller Verbesserungen, die seitdem zu sehen sind, lebt die Ausgrenzung von psychisch Kranken im Bewusstsein der Öffentlichkeit weiter fort. Die Geschichte der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland war zu allen Zeiten eingebettet in die Einstellungen der Gesellschaft zur Kindheit einerseits und den Erklärungsmodellen zu psychischen Störungen andererseits.

Einstellungen zur Kindheit

Aus der griechischen und römischen Antike ist belegt, dass kranke Kinder ausgesetzt und getötet wurden, ebenfalls auch vom Vater als überzählig angesehene Töchter. Im Rahmen der Verbreitung jüdischer und christlicher Traditionen wurde zunehmend der einzelne Mensch als Person wahrgenommen und diesem ein Wert beigemessen. Dennoch dauerte es mehrere Jahrhunderte, bis Grausamkeiten gegenüber Kindern, und besonders kranken Kindern, nachließen (Knölker [Hrsg.], 2007, S. 16 ff.). Durch Gedanken der Aufklärung und im Zuge der sozialen und industriellen Veränderungen nach der französischen Revolution wurde das Kind zunehmend als eigenständiges, sich entwickelndes Wesen wahrgenommen. Artikel 1 der Erklärung der Menschenrechte der französischen Revolution besagt: „Die Menschen werden frei und gleich an Rechten geboren und bleiben es“. Kinder werden nicht explizit genannt. In der Folge gab es zwar einzelne Verbesserungen, zum Beispiel die Forderung der Trennung zwischen Jugend- und Erwachsenenstrafrecht, dennoch kam es gerade in der Zeit der Industrialisierung mit Entwicklung von Kleinfamilien zu Vernachlässigung. Viele der Erziehungspraktiken der Frühmoderne würden heute als Misshandlung von Kindern angesehen.

Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts war durch Entwicklungen der Reformpädagogik geprägt. So rief die Schwedin Ellen Key „Das Jahrhundert des Kindes“ aus. Pädagogen wie Janusz Korzcak und Alexander Neill setzten sich für die Rechte der Kinder ein. Die „Genfer Erklärung“, die 1924 von der Generalversammlung des Völkerbundes verabschiedet wurde, versuchte den Schutz der Kinder in der Zwischenkriegszeit zu sichern. Beginnend mit dem 1933 in Kraft getretenen Gesetz „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ kam es dennoch in der Zeit des Nationalsozialismus zu tausendfachen grausamen Misshandlungen und Tötungen von Kindern, besonders auch von psychisch kranken und behinderten, teils gestützt durch Ärzte, die die entsprechenden Kinderfachabteilungen der Psychiatrien leiteten.

Im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland wurden 1949 einzelne Rechte für die Kinder verbindlich: Artikel 2 benennt das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, Artikel 6 betont den Schutz der Familie. Kinder selbst werden dabei nicht explizit genannt. Zur Unterstützung der vom 2. Weltkrieg betroffenen Kinder wurde 1946 das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UN), UNICEF, gegründet. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) verabschiedete 1959 einstimmig die „Erklärung der Rechte des Kindes“, noch ohne rechtliche Bindung. Nach den Debatten über antiautoritäre Erziehung in den späten 60er und den 70er Jahren wurde erst 1973 in der Bundesrepublik Deutschland in den Schulen die körperliche Züchtigung verboten (in der Deutschen Demokratischen Republik bereits 1949).

Am 20. September 1990 trat die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN) in Kraft, die einen rechtsverbindlichen Charakter hat. Seit den 90er Jahren des 21. Jahrhunderts wurden mehrere Reformen zur Verankerung der Rechte der Kinder in der Verfassung Deutschlands getätigt. Seit dem 1. Juli 2000 schreibt Artikel 1631/2 des Bundesgesetzbuches (BGB) das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung fest.

Die Landesverfassung von Rheinland-Pfalz vom 18. Mai 1947 betont in Artikel 24: „Jedes Kind hat ein Recht auf Entwicklung und Entfaltung. Die staatliche Gemeinschaft schützt und fördert die Rechte des Kindes. Nicht eheliche Kinder haben den gleichen Anspruch auf Förderung wie eheliche Kinder. Kinder genießen besonderen Schutz insbesondere vor körperlicher und seelischer Misshandlung und Vernachlässigung.“ (Landesregierung Rheinland-Pfalz, 1947).

Trotz all dieser Fortschritte, die in unserer Gesellschaft günstigere Entwicklungsbedingungen für die Kinder und Jugendlichen sicher stellen sollen, tun wir gut daran, den aktuellen gesellschaftspolitischen Rahmen im Auge zu behalten, wenn zum Beispiel von einer „Kinderfeindlichkeit“ unserer Gesellschaft gesprochen wird. Vernachlässigung von Kindern durch Berufstätigkeit der Eltern in Kleinfamilien oder bei Alleinerziehenden, mangelnde Unterstützung bei Schulvermeidung mit der bekannten schlechten Prognose für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, fehlende Bestimmungen für die Umsetzung des Jugendstrafvollzuges, Gefährdungen durch alters unangemessene Bilder und Informationen über die neuen Kommunikationsmöglichkeiten wie Internet und Kinderarmut in den Industrieländern mit verringerten Bildungschancen und Gefährdungen für die Gesundheit sollen beispielhaft als alltägliche Bedingungen genannt werden, die gesellschaftlich noch nicht gut gelöst erscheinen.

Einstellungen zu psychischen Störungen

Geisteskrankheiten wurden im Mittelalter und in der Renaissance überwiegend als von Dämonen oder Teufel verursacht angesehen. Erste „Irrenabteilungen“ an Allgemeinkrankenhäusern wurden gegründet. Paracelsus vertrat die Ansicht, dass Geisteskrankheiten wie Epilepsie, Manie, Unsinnigkeit, Veitstanz und Hysterie natürliche Erkrankungen seien. Er erkannte den Zusammenhang zwischen Kropf und Kretinismus.

Im 17. Jahrhundert wurden Geisteskranke interniert. Der Begriff der „Neurose“ entstand. Die Neurologie mit Erkenntnissen, dass neurologische Ausfälle ein lokalisierbares Substrat im Gehirn haben (Thomas Willis, 1621-1675), entwickelte sich. Neben dieser Lokalisationslehre entstanden erste Anfänge der Psychotherapie im 18. Jahrhundert (Remschmidt (2003b,) in: Schmeck [Hrsg.], S. 11 ff.). Die „französische Schule“ mit Pinel und Esquirol ist hier zu nennen. Im Jahre 1845 beschrieb Griesinger: „Psychische Krankheiten sind Krankheiten des Gehirns“. In diese Epoche fällt auch der Entwicklungsgedanke als Folge der Evolutionstheorie, sowie die Degenerationshypothese. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie als medizinische Disziplin zeigte in dieser Zeit ihre Anfänge.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert fanden weitere Differenzierungen statt. Die Konstitutionstypologie von E. Kretschmer ist hier ebenso zu nennen wie die Klassifikationen von Kraepelin, die Schizophrenie-Konzeption von E. Bleuler, Untersuchungen zur

Psychobiologie von A. Meyer, die Phänomenologie Husserls, Binswangers und Straußs sowie nicht zuletzt die allgemeine Psychopathologie von Karl Jaspers.

Die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts bis in die Gegenwart war gekennzeichnet durch eine ungemein vielfältige empirische Forschung und Methodenentwicklung im Bereich der bildgebenden Verfahren, der experimentellen Forschung, der Molekulargenetik, der Neuropsychologie sowie der Evaluation von Therapiemethoden. Eine Vielzahl von Psychopharmaka wurden entwickelt, Qualitätssicherungsmaßnahmen entstanden (Remschmidt, 2003b in: Schmeck [Hrsg.] S. 11 ff.).

Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als medizinische Disziplin

Die Geschichte der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie war eng mit der europäischen und internationalen verknüpft und wurde geprägt durch die Disziplinen Pädagogik, Heilpädagogik und Philosophie (zitiert nach Remschmidt, 2003b in: Schmeck [Hrsg.] S. 11). Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts wurden alle Einrichtungen für schwachsinnige, sinnesbehinderte oder verwahrloste Kinder von Pädagogen und Theologen geleitet. Erst danach wurden die Einrichtungen zunehmend unter ärztliche Verantwortung gestellt (Knölker [Hrsg.], 2007). In Preußen wurde die ärztliche Leitung von psychiatrischen Anstalten für Erwachsene erst 1891 obligatorisch. Die Kinderabteilungen wurden weiter von Heilpädagogen geführt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelte sich aus zwei Wurzeln: der Erwachsenenpsychiatrie und –neurologie und der Kinderheilkunde. Mit dem ersten kinderpsychiatrischen Lehrbuch von Hermann Emminghaus, das 1887 mit dem Titel: „Psychische Störungen im Kindesalter“ erschien, war ein wichtiger Schritt zur Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet. Der Begriff „Kinderpsychiatrie“ geht zurück auf den Franzosen Manheimer (psychiatrie infantile), der diesen 1899 erstmals verwendete. Ab der Jahrhundertwende wurde eine Vielzahl von Lehrbüchern veröffentlicht. Mit dem „Lehrbuch der Allgemeinen Kinderpsychiatrie“ von Tramer 1942 war die zunehmende Eigenständigkeit des Fachgebietes gekennzeichnet.

Auch die Gründung wissenschaftlicher Zeitschriften unterstreicht diese Entwicklung. Drei wesentliche seien hier genannt (Remschmidt & van Engeland, 1999):

- 1898 wurde das Journal „Die Kinderfehler“ gegründet, welches als „Zeitschrift für Kinderforschung“ bis zum Ende des 2. Weltkrieges 1944 fortgeführt wurde. Danach

wurde dieses von Werner Villinger und Hermann Stutte 1956 als „Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete“ herausgegeben, welches ab 1973 als „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und ab 1996 als „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ seine Fortsetzung fand.

- In der Schweiz gab seit 1934 Moritz Tramer die „Zeitschrift für Kinderpsychiatrie“ heraus, die seit 1984 als „Acta Paedopsychiatrica“ bis 1994 fortgeführt wurde.
- 1951 gründeten Annemarie Dührssen und Werner Schwidder die „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“, ausgehend von der Tradition des Berliner Neopsychoanalytikers Schulz-Hencke.

Durch die Gründung von Fachgesellschaften wurde die Entwicklung hin zu einem eigenständigen Fachgebiet vorangetrieben. 1940 wurde in Wien mit Paul Schröder als Vorsitzendem die „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und therapeutische Lehre“ gegründet. Nach dem zweiten Weltkrieg, wurde 1950 die „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ gegründet, später als „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ etabliert.

Mit Hermann Stutte wurde 1958 in Marburg der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie besetzt. 1969 wurde schließlich in der Bundesrepublik der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt. Ein wichtiger Schritt in der Entwicklung des Fachgebietes war das 1992 um den Bereich „Psychotherapie“ erweiterte Weiterbildungscurriculum mit der entsprechenden Änderung der Facharztbezeichnung in „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.“

Die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie ist entstanden aus vier Traditionen:

- Die neuropsychiatrische Tradition hat ihre Wurzeln in der Neurologie und Psychiatrie. Diese Tradition wurde in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) betont. Das Fachgebiet nannte sich dort „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“.
- Eine therapeutische Schule entwickelte sich hauptsächlich in der Pädiatrie, welche als Vorläufer der psychosomatischen Abteilungen in Kinderkliniken angesehen werden kann.

- Die psychodynamisch-psychoanalytische Tradition basiert auf psychoanalytischen Theorien. Auf Grund dieser Tradition wurde die psychodynamische Psychotherapie in die Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater aufgenommen.
- Die empirisch-epidemiologische Tradition etablierte sich zunehmend seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts und wurde durch empirische Forschung aus Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika (U.S.A.) stark beeinflusst.

Nach der Wiedervereinigung wurde in Ostdeutschland die „Gesellschaft für Neuropsychiatrie in Kindheit und Jugend“ gegründet, die später in die „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ integriert wurde. 1994 wurde der Zusatz „und Psychotherapie“ eingefügt. Daneben existieren noch zwei weitere Organisationen: Der 1978 gegründete Berufsverband repräsentiert die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, in der „Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ haben sich seit 1990 die Chefarzte der Kliniken zusammengeschlossen.

Gesetzliche Grundlagen der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland und in Rheinland-Pfalz

In Deutschland werden die Kosten für die Akutbehandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlichen über die Krankenversicherung gemäß dem Sozialgesetzbuch V (SGB V, 1988) getragen. Rehabilitation und Reintegration psychisch beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher bis zum 18. Lebensjahr nach der Akutbehandlung sind über das bundeseinheitliche Kinder- und Jugendhilfegesetz (Sozialgesetzbuch XIII, Deutscher Bundestag, 1990) gedeckt. Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) regelt die Versorgung körperlich behinderter und geistig behinderter Kinder und Jugendlichen.

Wesentliche Veränderungen der Versorgungslage in Rheinland-Pfalz sind auf folgende Entwicklungen zurückzuführen:

- Die Psychiatrie-Enquête (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland) der Bundesregierung aus dem Jahr 1975 (Deutscher Bundestag, 1975)
- Das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung von 1980 bis 1985.

- Die Psychiatrie-Personalverordnung, die bundesweit stufenweise zwischen 1991 und 1995 eingeführt wurde (Kunze & Kaltenbach, 2005)
- 1990 der Psychiatriebericht für Rheinland-Pfalz (Ministerium für Soziales und Familie, Rheinland-Pfalz, 1990)
- 1995 das Landesgesetz für psychisch kranke Personen in Rheinland-Pfalz (Landesregierung Rheinland-Pfalz, 1995)
- Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999, wodurch die psychotherapeutische Versorgung der Kinder und Jugendlichen bundesweit geregelt wurde (Deutscher Bundestag, 1999)

Die Kommission der Psychiatrie-Enquête war durch die erste umfassende Bestandsaufnahme der Lage der Psychiatrie in Westdeutschland nach vier Jahren Arbeit zu dem Schluss gekommen, dass auf allen Gebieten schwerwiegende Versorgungslücken für psychisch kranke und behinderte Menschen bestanden. Besonders für psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder wurde die Versorgung als besonders unzureichend bezeichnet.

Die Kommission gab eine Reihe von Empfehlungen. Diese waren an folgende grundlegende Bedingungen gebunden (Deutscher Bundestag 1975, 7. Wahlperiode Drucksache 7/4200, S.36):

- gemeindenahe Versorgung
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderter
- bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste
- die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

Auf Empfehlung der Enquête-Kommission wurden insgesamt 14 Modellversorgungsgebiete in der Bundesrepublik eingerichtet mit den Zielen, die Umstrukturierung und Ergänzung der bestehenden Einrichtungen zu erproben, die Empfehlungen und Bedarfszahlen durch eine begleitende Auswertung empirisch zu überprüfen und eine Konzentration der Mittel zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in den ausgewählten Regionen zu erreichen. Das Modellprogramm Psychiatrie wurde auf fünf Jahre angelegt und mit 256 Millionen DM aus dem Bundeshaushalt finanziert.

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass die Arbeit mit psychisch kranken Menschen nur effektiv gelingen kann, wenn genügend

personelle Ressourcen eingesetzt werden. Mit der Umsetzung dieser Verordnung entwickelte sich die Psychiatrie von „Verwahranstalten“, wie sie noch in der Psychiatrie-Enquête 1975 beschrieben wurden, weiter zu Krankenhäusern, in denen zunehmend differenzierter auf die Kinder und Jugendlichen reagiert werden konnte.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz veröffentlichte 1990 den Psychiatrie-Bericht. In diesem wurde die deutliche Unterversorgung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich sowohl im ambulanten und tagesklinischen als auch vollstationären Bereich festgestellt. Als einzige stationäre Einrichtung war zum Zeitpunkt der Erhebung 1988 das Pfalzkrankenhaus in Klingenmünster mit 78 Betten realisiert. Es gab keine Tagesklinik. Insbesondere der nördliche Landesteil war deutlich unterversorgt. Der Anteil an Aufnahmen aus dem nördlichen Landesgebiet in die kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilung in Klingenmünster betrug 3,8 % bei einem Bevölkerungsanteil dieses Landesteiles von 37,3 %. An Fachärzten in kinder- und jugendpsychiatrischer Praxis wurden für ganz Rheinland-Pfalz 6 gezählt. Der Bericht stellte jedoch die von der Expertenkommission ermittelte Bedarfszahl von einem Kinder- und Jugendpsychiater für 250.000 Einwohner in Frage mit Hinweis auf die effektive Arbeit des schulpsychologischen Dienstes. Insgesamt wurde der Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie nur unzureichend dargestellt. So wurde für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie die Versorgung durch komplementäre Einrichtungen gut dargelegt und entsprechende Ziele formuliert. Dieses fehlte weitgehend für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Als Planungen wurden die Errichtung einer Tagesklinik in Neuwied mit 20 Plätzen und 10 – 15 Betten in der Pädiatrie der Universitätsklinik Mainz genannt. Weitere Empfehlungen und Zielsetzungen für die Zukunft wurden nicht gegeben.

Auf Grundlage des Psychiatrieberichtes wurde mit dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen (Landesregierung Rheinland-Pfalz, 1995) eine umfassende Psychiatrie-Reform eingeleitet. Diese hatte folgende Ziele:

- Gleichstellung von psychisch und somatisch kranken Menschen
- Bedarfsgerechte Versorgung
- Gemeinde- und wohnortnahe Versorgung
- Vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen sollen stationäre Aufenthalte vermeiden oder verkürzen.
- Betroffene, Angehörige und Selbsthilfegruppen sollen beteiligt werden.

Die Planung und Koordination der Hilfen wurde den Landkreisen und den kreisfreien Städten als Pflichtaufgaben der Selbstverwaltung übertragen.

Der Landkreis Neuwied setzte auf der Grundlage des Kreistagsbeschlusses vom Dezember 1996 ab dem 01. September 1997 eine Psychiatriekoordinationsstelle ein. Über diese wurden Versorgungslücken gefunden und geschlossen. 1997 wurde ein Psychiatriebeirat einberufen, dem seit 2000 auch ein Kinder- und Jugendpsychiater angehört. Regelmäßig wurde ein Psychiatriebericht erstellt. Zusätzliche Gremien wurden neben der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) gegründet, so ein Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dieser organisierte bereits zwei Gesundheitskonferenzen für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Öffentlichkeitsarbeit und besseren Kommunikation der professionellen Versorgungsträger mit den Betroffenen und deren Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen. Daneben wurden Fachtagungen unterstützt und die Bildung von Selbsthilfegruppen gefördert. Der Landkreis Neuwied befürwortete die Erweiterung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, so dass das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz im November 2006 einer Erweiterung des Johanniter-Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neuwied um eine vollstationäre Abteilung mit zunächst 20 Betten zustimmte, um dem Ziel der gemeinde- und wohnortnahen Versorgung auch für Kinder und Jugendlichen zu entsprechen.

Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland und in Rheinland-Pfalz

Erstmals in der Bundesrepublik Deutschland wurde 2007 über das Robert-Koch-Institut eine bundesweite repräsentative Stichprobe zur Gewinnung von Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht (Hölling et al. 2007). In dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zu Verhaltensauffälligkeiten wurden 14487 Eltern von Kindern zwischen 3 bis 17 Jahren an Hand des Strength and Difficulties Questionnaires (SDQ) befragt. Bei den Mädchen zeigten sich 11,5%, bei den Jungen 17,8% im Gesamtwert als verhaltensauffällig, bzw. grenzwertig auffällig. Ihle und Esser (2002) nahmen eine Falldefinition nach ICD- oder DSM-Kriterien vor und fanden in den wichtigsten epidemiologischen Studien von Nordamerika, Neuseeland und Europa eine 6-Monatsprävalenzrate psychischer Störungen zwischen 15% und 22%. Mattejat (2006a) geht von ca. 5% der Kinder und Jugendlichen aus, die zu einem gegebenen Stichtag aufgrund psychischer Störungen dringend behandlungsbedürftig erscheinen. Bei weiteren 10% bis 13%

sind aufgrund von auffälligen Verhaltensweisen diagnostische Maßnahmen und Beratungsangebote angezeigt, die zum Teil durch umschriebene therapeutische Interventionen ergänzt werden müssen (Remschmidt & Mattejat, 2003).

Inwieweit diese Kinder und Jugendlichen tatsächlich einer Behandlung zugeführt werden, hängt von verschiedenen Bedingungen ab. Für das Inanspruchnahmeverhalten nennt Mattejat (2006a) folgende Faktoren:

- Die Versorgungssituation mit der Verfügbarkeit von Fachinstitutionen, die im städtischen Bereich in der Regel besser ist als im ländlichen Bereich.
- Die Eltern müssen erkennen, dass ihre Kinder Hilfe brauchen.
- Die Eltern müssen in Erwägung ziehen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Sie müssen mögliche Barrieren, wie z. B. negative Einstellungen, überwinden.
- Sie müssen die Therapie in den Alltag integrieren.

Bei hohem Leidensdruck in der Familie, vorhandener Bereitschaft zur Öffnung nach außen, höherer Bildung der Eltern sowie bei externalisierenden und chronischen oder stark beeinträchtigenden Störungen führen die Eltern ihre Kinder eher einer spezifischen Behandlung zu.

Im Erwachsenenbereich ist bekannt, dass störungsspezifische Behandlungsquoten zwischen 29,0% bei Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, 40,5% bei somatoformen Störungen und 67,4% bei Panikstörungen/generalisierten Angststörungen liegen (Wittchen & Jacobi, 2001). Die Autoren fanden neben einer schlechteren Behandlungsquote im Osten Deutschlands und in Regionen ohne Universität oder Weiterbildungsinstitut vor allem eine besonders schlechte Versorgung von Jugendlichen, und zwar in allen Störungsbereichen. In einer Verlaufsanalyse an 14- bis 24-Jährigen konnte diese Arbeitsgruppe zeigen, dass nur 17% aller aktuell Behandlungsbedürftigen auch eine Therapie erhielten, davon aber nur jeder zweite (9%) in einer Form, die als adäquat eingeschätzt wurde. Mattejat (2006a) geht davon aus, dass die wahren Unterschiede noch höher liegen dürften, da der Vergleich sich auf die gut ausgebaute Versorgungsregion München beschränkte.

In einer Schülerstichprobe in drei nordhessischen Landkreisen (Alter 6-17 Jahre) ermittelten Remschmidt und Walter (1990) bei 12,7% psychische Auffälligkeiten mit einem Beratungs- und Behandlungsbedarf. 3,3% der Stichprobe befand sich in den 6 Monaten zuvor in Beratung oder Behandlung. Jeweils die Hälfte hatte eine psychiatrisch-psychotherapeutische oder ein

organmedizinische Einrichtung aufgesucht. Trotz der recht guten Versorgungssituation in der nordhessischen Region waren demnach 88% der Kinder und Jugendlichen nicht in Behandlung.

Die meisten der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen werden ambulant behandelt. Hierfür stehen kinder- und jugendpsychiatrische Praxen, Institutsambulanzen der Kliniken und Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Verfügung. Falls diese Behandlung nicht ausreicht, ist eine teilstationäre oder vollstationäre Behandlung in Betracht zu ziehen. Hinzu kommen komplementäre Einrichtungen, wie Erziehungs- und Familienberatungsstellen. In besonders gelagerten Fällen unterstützen ambulante, teilstationäre und vollstationäre Jugendhilfe die Kinder und ihre Familien sowie bei chronischen Störungen Rehabilitationseinrichtungen, finanziert über Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Arbeitsämter im Rahmen der Berufsbildungswerke.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie listet mit Stand vom 22.05.2006 bundesweit 183 Institutsambulanzen, 144 Tageskliniken und 132 vollstationäre Kliniken auf (<http://www.dgkjp.de/einrichtungen.php> vom 05.01.2008). Zudem werden dort bundesweit 33 Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie an deutschen Universitäten (Stand 22.05. 2006) gezählt. Gemäß persönlicher Auskünfte von Frau Dr. Christa Schaff (16.01.2008), Vorsitzende des BKJPP, hatte der Berufsverband Ende 2007 ca. 950 Mitglieder. Insgesamt gab es deutschlandweit ca. 1400 Fachärzte, ambulant und stationär zusammengekommen.

Für Rheinland-Pfalz sind auf der Homepage der DGKJPP 7 Institutsambulanzen, 5 Tageskliniken (mit insgesamt 90 Plätzen) und 4 vollstationäre Kliniken (mit insgesamt 172 Plätzen) benannt (<http://www.dgkjp.de/einrichtungen.php> vom 05.01.2008).

Auf dem Ärztetag 2006 veröffentlichten die Bundesverbände BKJPP, DGKJP und BAG für Rheinland-Pfalz folgende Daten (http://www.bkjpp.de/files/bag/poster_aerztetag.pdf): Stationär lag Rheinland-Pfalz mit 3 Betten (vollstationär und tagesklinisch) pro 10.000 Einwohner bei geforderten 5-8 Betten/10.000 Einwohner auf dem drittletzten Platz bundesweit. Ambulant wurden 176.478 Einwohner pro Kinder- und Jugendpsychiater gezählt (bei geforderten 80.000 : 1). Damit wurde der viertletzte Platz bundesweit belegt, vor Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Der Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz ist seit 2007 besetzt. Im Aufbau sind eine vollstationäre Erweiterung des Johanniter-

Zentrums in Neuwied um 20 Plätze, eine vollstationäre Erweiterung in Altenkirchen, sowie ein Zentrum mit Institutsambulanz, Tagesklinik und vollstationären Plätzen in Mainz. Im südlichen Rheinland-Pfalz sind zwei weitere Tageskliniken in Planung.

Über die Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz können aktuell Ärzte und Psychotherapeuten gefunden werden (<http://www.kv-pfalz.de/asp/cms/doc-find/index.htm>, vom 05.01.2008). Demnach sieht die Versorgungslage zum jetzigen Zeitpunkt folgendermaßen aus:

Tab. 1-1: Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Ambulante Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

	Bezirk Koblenz	Bezirk Pfalz	Bezirk Trier	Bezirk Rhein- hessen	Gesamt
Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie	4	10	2	6	20
Praxen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	47	53	7	20	127

Im Bundesvergleich war Rheinland-Pfalz lange Zeit sowohl im ambulanten als auch im stationären und teilstationären Bereich deutlich unzureichend versorgt. Im teilstationären Bereich und zunehmend auch im vollstationären Sektor konnte in den letzten Jahren eine Verbesserung erzielt werden, die für die Zukunft noch ausgebaut wird. Es ist zu hoffen, dass auch im ambulanten Bereich durch vermehrte Weiterbildungsmöglichkeiten und bessere Abrechnungsmöglichkeiten (z. B. Sozialpsychiatrievereinbarung) die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ausgeweitet werden kann.

1.2 Qualitätssicherung und Therapieevaluation

Die Qualitätssicherung dient ethischen Gesichtspunkten. Der Gedanke, die Qualität in der Medizin zu verbessern, ist nicht neu: schon vor über 3000 Jahren empfahl Hippokrates „die Vergangenheit zu erklären, die Gegenwart zu bewerten und die Zukunft vorauszusagen“. Und der Chirurg Theodor Billroth (1829-1894) wird zitiert mit: „Bald wird die Zeit kommen, (...) wo man sich nicht mehr mit allgemeinen Bemerkungen über Erfolge dieser oder jener Operation begnügen wird, sondern jeden Arzt für einen Scharlatan hält, der nicht im Stande ist, seine Erfahrungen in Zahlen auszudrücken.“ (zit. nach Hibbeler, 2007).

Ursprünglich wurden die Konzepte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements für Wirtschaftsbetriebe entwickelt. Zunehmend gewinnen diese ihre Bedeutung im Gesundheitswesen. Verankert sind sie in den gesetzlichen Grundlagen des Sozialgesetzbuches fünftes Buch (SGB V).

In § 70 wird gefordert:

„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“

§ 135 a verpflichtet die Leistungserbringer zur Qualitätssicherung:

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationseinrichtungen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln.

„Qualität“ stellt dabei kein absolutes Merkmal dar. Es kann nur auf bestimmte Ziele hin definiert werden. Häufig werden ökonomische (z. B. Wirtschaftlichkeit) Aspekte, insbesondere von den Kostenträgern, im Vordergrund gesehen. Aber auch objektiv erfassbare Qualitätsmerkmale (z. B. objektive Wirksamkeit von Therapien) und subjektive Aspekte (Zufriedenheit mit der Behandlung) können erfasst werden. Mattejat (1997) benennt drei Kriterienbereiche des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen:

1. subjektive Qualitätsbewertung durch Patienten, ihre Angehörigen und das klinische Personal, wobei die Zufriedenheit der Patienten im Vordergrund steht.
2. objektive Qualitätsindikatoren (z. B. Nutzen, Wirksamkeit der Leistungen, etc.)
3. Effizienz (Relation zwischen Kosten und Nutzen) der Leistungen, wobei unter „Kosten“ nicht nur der finanzielle bzw. ökonomische, sondern auch der sonstige Aufwand (z. B. zeitliche, psychische Belastungen durch die Behandlung) gefasst werden sollte. Die Wirtschaftlichkeit stellt somit nur einen Aspekt der Effizienz dar.

Klassische Aspekte der Qualitätssicherung sind nach Donabedian (1966, zitiert nach Mattejat, 1997):

- Strukturqualität (demografische, finanzielle und materielle Aspekte der Versorgungseinrichtung sowie die verfügbaren personellen Ressourcen und die Qualifikation der Ärzte und anderer Berufsgruppen)
- Prozessqualität („Behandlungsqualität“, bezieht sich auf die Qualität der Behandlung und der Versorgungsabläufe)
- Ergebnisqualität (Effektivität und Effizienz der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, Behandlungserfolg)

Inhaltliche Schwerpunkte von Qualitätssicherung sind daneben auch Fragen der Aus- und Weiterbildung des klinischen Personals. Mattejat (in: Remschmidt [Hrsg.], 2004) sieht Qualitätssicherung als systematischen Problemlösungsprozess an, in dem sich mehrere Aufgaben stellen, die schrittweise angegangen werden sollten:

- Festlegung von Qualitätsstandards und –kriterien (Soll-Werte)
- Erfassung und Dokumentation der tatsächlichen Situation (Ist-Werte)
- Analyse der Versorgungssituation, Vergleich mit den Standardvorgaben und Gesamtbewertung (Soll-Ist-Vergleich)
- Planung und Implementierung von Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.

In der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen die beiden erstgenannten Arbeitsbereiche im Vordergrund: über die Fachgesellschaften wurden Leitlinien erstellt (siehe DGKJP, BKJPP, BAG, 2007), erste Erhebungen zur tatsächlichen Versorgungssituation fanden statt (Remschmidt et al., 1994; Quaschner, 2003; Mattejat et al., 2006b).

Um die Versorgungssituation im tatsächlichen Alltag zu erfassen werden Dokumentationen benötigt, die einerseits so genau und umfassend wie möglich, andererseits aber auch möglichst ökonomisch und praktikabel einsetzbar sind. In Tabelle 1-2 sind die wesentlichen Aspekte dargestellt, die bei der Datengewinnung von qualitätsrelevanten Merkmalen zu bedenken sind (nach Mattejat in: Remschmidt & Mattejat, 1997).

Der letztgenannte Aspekt der Erhebung subjektiver und objektiver Qualitätsmaße ist dabei der wesentlichste und gleichzeitig der schwierigste. Bis Ende der 90er Jahre gab es im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich noch keine in der Praxis allgemein anerkannte Methoden, die Prozess- und Ergebnisqualität im engeren Sinne zu erfassen. Mattejat F. und Remschmidt H. haben ausgehend von diesen Überlegungen Fragebögen entwickelt, die zur Therapieevaluation im natürlichen Umfeld und zur Erfassung der subjektiven Versorgungsqualität dienen können (Mattejat & Remschmidt, 2006; Remschmidt & Mattejat, 2007, in Vorbereitung).

Tab. 1-2: Datenerhebung und Dokumentation qualitätsrelevanter Merkmale

Fragestellungen	Datenerhebung/ Dokumentation	Merkmalsbereiche	Beispiele
Wer erbringt unter welchen Rahmenbedingungen	Dokumentation elementarer Strukturmerkmale	Merkmale der Strukturqualität (Institutionelle und persönliche Merkmale)	Mitarbeiter, ihre Aufgaben und Qualifikationen; Diagnostisches und therapeutisches Leistungsspektrum; Modus der Leistungsabrechnung
für wen und bei welchen Indikationskriterien	Basisdokumentation	Patienten- und Umfeldmerkmale	Alter, Geschlecht, soziale Merkmale, Familienzusammensetzung, Diagnosen, Symptomatik
welche Leistungen	Leistungs- dokumentation	Art, Umfang, Aufwand der Leistungen	Hauptgruppen diagnostischer und therapeutischer Leistungen, ihre Häufigkeit und zeitliche Dauer
mit welcher Qualität	Erhebung objektiver Qualitätsmaße	Nutzen und Effektivität der erbrachten Leistungen	Effektivität von Therapien durch standardisierte Prä- und Post-Messungen (Objektivierung von therapeutischen Veränderungen)
	Erhebung subjektiver Qualitätsmaße	Subjektive Versorgungsqualität, Behandlungszufriedenheit etc.	Beurteilung der Behandlung durch Patienten, ihre Angehörigen und klinisches Personal

Neben den Problemen, die eine oben skizzierte Qualitätssicherung mit sich bringen kann (so könnten durch fixierte Standards neue Entwicklungen blockiert werden; verlässliche Instrumente zur Erfassung der Qualitätsmerkmale sind schwer zu entwickeln; durch die Erfassung selbst kann der Versorgungsablauf durch eine Zunahme von „Bürokratisierung“ gestört sein; durch eine „äußere“ Kontrolle durch Kostenträger könnten Maßnahmen zur Kostendämpfung durchgesetzt werden), können eine Vielzahl von positiven Funktionen angeführt werden:

- Auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ist es möglich und sinnvoll, sich an objektiven Kriterien zu orientieren. Dadurch kann die Entwicklung vorangebracht werden, dass sich Psychotherapeuten von eng gefassten und wissenschaftlich überholten psychotherapeutischen Schulmeinungen lösen und sich verstärkt an Schulen übergreifenden Ansätzen orientieren.

- Ziel der Qualitätssicherung ist eine möglichst hohe Transparenz der Patientenversorgung. Psychotherapie ist damit kein kryptisches Geschehen, dass nur Eingeweihten zugänglich ist. Durch die externe und interne Offenlegung und Rückmeldung der eigenen Tätigkeit verändert sich nicht nur das öffentliche Bild der Psychotherapie, auch von den Psychotherapeuten selbst erfordert dies einige Umstellungen.
- Das Verhältnis zwischen Patienten und Therapeuten ändert sich durch die gewonnene Transparenz: Qualitätssicherung bedeutet umfassende Information und Einbeziehung der Patienten in die Behandlung. Therapie ist nicht einseitige Einflussnahme, sondern Tätigkeit im Auftrag des Patienten und seiner Angehörigen. Sie ist geprägt durch eine überschaubare Zusammenarbeit, als problemspezifische und zeitlich umgrenzte Kooperation (nach Mattejat, in: Remschmidt & Mattejat [Hrsg], 1997).

Das Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Neuwied installierte 2004 ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. Dieses umfasste den Aufbau eines Qualitätszirkels, der sich aus der Geschäftsführerin, der leitenden Oberärztin, des leitenden Psychologen, eines Assistenzarztes, einem pädagogischen Mitarbeiter, der Erziehungsleitung sowie dem Qualitätsmanagementbeauftragten zusammensetzte.

Die Einführung und Weiterentwicklung dieses einrichtungsinternen Qualitätsmanagements diente der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Versorgung. Als logische Konsequenz der Entwicklungen des Qualitätsmanagements sowie den Erfahrungswerten durch die Erstellung des Qualitätsberichts § 137 SGB V strebte das Johanniter- Zentrum die Zertifizierung durch KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) an und befindet sich derzeit in der Phase der Selbstbewertung.

Den Forderungen nach Strukturqualität ist über den regelmäßigen Qualitätsbericht, nach Struktur- und zum Teil Prozessqualität ist über die Zertifizierung nach KTQ® Genüge getan. Es fehlte bisher jedoch die Messung der Ergebnis- und Versorgungsqualität, die das wesentlichste Element in der Qualitätspolitik sein sollte.

Psychotherapieforschung

Wissenschaft sucht, wie die Philosophie, nach Antworten. Forschung, Lehre und überlieferte Literatur bilden ein System, das das für gesichert erachtete Wissen einer Zeit ordnen und begründen will. Bis ins 18. Jahrhundert hinein wurde zwischen Philosophie und Wissenschaft als rational begründete Disziplin kaum unterschieden. Im 19. Jahrhundert löste ein an methodischen Normen und an der Beherrschung empirischer Daten orientiertes Wissenschaftsverständnis den begründungsorientierten Wissenschaftsbegriff ab.

Als Forschung wird die Gesamtheit der systematischen Bemühungen um Erkenntnisse im Rahmen der Wissenschaften bezeichnet. Inhaltlich wird zwischen Grundlagenforschung und angewandter Forschung zur Lösung konkreter praktischer Anwendungen unterschieden.

Die Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte ist im Wesentlichen angewandte Forschung. Angesichts der Vielzahl von Störungsbildern, der Therapiemethoden, der Erfolgskriterien, der Messmethoden und der riesigen Entwicklungsspannen im Kindes- und Jugendalter stehen wir vor einer großen Aufgabe, wenn wir uns diesem Thema zuwenden.

Dennoch hat die Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten sehr von der Forschung profitiert. Döpfner (in: Mattejat [Hrsg], 2006a) betont, dass sich „alle, die Therapie betreiben, die Frage gefallen lassen müssen, wie wirksam ihre Behandlungsmethode ist, wie ihre Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Methoden ist, bei welcher Indikation sie am besten eingesetzt wird und unter welchen Bedingungen sie weniger zu empfehlen, unökonomisch oder sogar unwirksam ist. Wer zu Recht hohe Anforderungen an die Erprobung von Psychopharmaka stellt, muss dies in gleichem Maße auch bei der Einführung von Psychotherapiemethoden tun“.

Remschmidt & Mattejat (1997) zählen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen im engeren Sinne

- die Untersuchung der Wirksamkeit,
- den Wirkungsvergleich verschiedener Therapieformen und
- die Therapieprozessforschung.

In der *Untersuchung der Wirksamkeit* (allgemeine Erfolgsevaluation) wird der Frage nachgegangen, ob Psychotherapie die erwünschten therapeutischen Veränderungen bewirkt. Hierzu wird eine Behandlungsgruppe verglichen mit einer nicht behandelten Kontrollgruppe oder einer Kontrollgruppe mit Placebo-Behandlung.

Im *Wirkungsvergleich verschiedener Therapieformen* werden zwei oder mehrere Behandlungsgruppen mit unterschiedlichen Behandlungen für das gleiche klinische Problem (z. B. Diagnose) miteinander verglichen. Unterscheiden sich unterschiedliche Therapieformen bei bestimmten Patienten oder Patientengruppen in quantitativer oder qualitativer Weise? Bei der Indikationsstellung ist die Beantwortung dieser Frage sehr bedeutsam.

In der *Therapieprozessforschung* wird in einer oder mehreren Behandlungsgruppen die Interaktion zwischen Patient und Therapeut und ähnliche Variablen erfasst. Die Frage lautet hierzu: Welche Prozesse finden im Therapieverlauf statt und wie beeinflussen diese Prozesse das Therapieergebnis? Es können auch Prozess- und Outcome-Merkmale einer Therapiegruppe korrelationsstatistisch auf Zusammenhänge hin untersucht werden.

Um einen Therapieerfolg belegen zu können muss zunächst die Frage geklärt werden, welche Merkmale dafür relevant sind und womit diese Merkmale objektiv und zuverlässig gemessen werden können. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist als erstes die Symptomatik zu nennen. Behandlungen zielen aber auch auf Veränderungen im allgemeinen Verhalten und in der Persönlichkeit ab. Als wesentliches Merkmal ist also das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau zu prüfen. Hierzu zählen die sozialen Kontakte des Patienten, dessen Freizeitaktivitäten und der schulische bzw. berufliche Bereich. Daneben zielt die Therapie im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich auf Veränderungen im sozialen Umfeld ab. In der Therapie soll sich das Verhalten und die Einstellung der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen dem Patienten gegenüber verbessern. Diese und andere Familien- und Umfeldmerkmale sollten erfasst werden, um die Effektivität einer Behandlung umfassend beschreiben zu können.

Zur Erreichung einer möglichst großen Objektivität der Daten in diesem von subjektiven Aspekten geprägten Arbeitsfeld ist es notwendig, dass die Informationen von verschiedenen Beurteilern gewonnen werden. Hierzu zählen die Patienten, deren Eltern, die Therapeuten, das Pflegepersonal in Einrichtungen, die Lehrer und schließlich externe Evaluatoren, durch die Behandlungseffekte unabhängig beurteilt werden können. Der komplexe Vorgang einer Psychotherapie kann durch diese Form der mehrdimensionalen und multimethodal angelegten Forschung umfassend beurteilt werden.

Passend zu diesen Überlegungen benennt Kazdin (2004, in: Remschmidt [Hrsg.] S.103 ff.) folgende Schlüsselfragen, die die Psychotherapieforschung leiten:

1. Welche Wirkung hat die Behandlung im Vergleich zur Nicht-Behandlung?
2. Welche Komponenten sind für die Veränderung verantwortlich?
3. Welche Behandlungskomponenten können hinzugefügt werden (kombinierte Behandlungen), um den Therapieerfolg zu optimieren?
4. Welche Parameter können variiert werden, um den Therapieerfolg zu beeinflussen (verbessern)?
5. Wie effektiv ist die Behandlung verglichen mit alternativen Therapien für dieses Problem?
6. Welche Merkmale des Patienten, Therapeuten, der Behandlung und des psychosozialen Kontext beeinflussen den Therapieerfolg?
7. Welche Prozesse während der Behandlung beeinflussen, verursachen und sind verantwortlich für den Therapieerfolg?
8. In welchem Ausmaß sind Behandlungseffekte generalisierbar auf andere Problemgebiete, Rahmenbedingungen und andere Bereiche?

Als wichtigste Frage sieht Kazdin die Frage nach den Mechanismen der Veränderung an.

Die Psychotherapieforschung folgte in der Vergangenheit unterschiedlichen Leitthemen. Im „vorempirischen Stadium“ vor 1955 gab es keine systematisch betriebene Psychotherapieforschung. Die Wirksamkeit wurde unterstellt, anstatt sie zu überprüfen. Es herrschte die Vorstellung, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie nicht experimentell überprüft werden kann. In diese Zeit fällt die Studie von Levitt (1957, zit. nach Mattejat, 2004): „The results of psychotherapy with children“. In dem Stadium der „Allgemeinen Wirksamkeit der Psychotherapie“ (ca. 1955 bis 1995) wurden folgende Fragen vorangestellt: Ist Psychotherapie überhaupt wirksam? Welche Art der Psychotherapie, welche „Schule“ ist wirksamer? Als wichtige Veröffentlichungen sind hier Smith ML & Glass (1977) „Meta-analysis of psychotherapy outcome studies“, Smith ML, Glass & Miller (1980) „The benefits of psychotherapy“ (zit. nach Mattejat 2004), Grawe et al. (1994) „Psychotherapie im Wandel“ und im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Weisz & Weiss (1993) „The effects of psychotherapy with children and adolescents“ zu nennen.

Nachdem die allgemeine Wirksamkeit der Psychotherapie als nachgewiesen gilt (Weisz & Kazdin, 2006), ging die Psychotherapieforschung in den letzten Jahrzehnten (seit etwa 1980) der Frage nach, welche Art der Therapie bei welcher Störung am besten wirke. Was sind die

Komponenten einer effektiven Psychotherapie? Wichtige Veröffentlichungen dieser Phase der „spezifischen Wirksamkeit der Psychotherapie“ sind Roth, Fonagy & Parry (1996): „What works for whom?“ und im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Carr (2001): „What works with children and adolescents?“, Baving & Schmidt (2001): „Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Aus dieser Entwicklung heraus entstanden störungsspezifische Behandlungsansätze. Durch randomisierte Kontrollgruppenstudien wurden wirksame Behandlungen identifiziert (EST = Empirically Supported Treatment). Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen für die praktische Arbeit wurden etabliert. Unter dem Begriff „evidenzbasierte Medizin“ wurden Kriterien für die Beurteilung der Wirksamkeit von Therapien entwickelt, siehe auch: Mattejat (2004); Döpfner (in: Mattejat [Hrsg], 2006a) und Mattejat (2007).

Chambless und Hollon veröffentlichten 1998 einige Standards die es erlaubten „gut bestätigte Therapien“ zu finden (zit. nach Mattejat, 2004).

Als „vermutlich effektiv“ werden Interventionen beurteilt, die sich in zwei Studien gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe (z. B. Wartelisten-Kontrollgruppe) als überlegen erwiesen haben. Anstatt Kontrollgruppenstudien werden auch kleine Serien von Einzelfallstudien mit guten experimentellen Designs zugelassen. Außerdem wird eine Intervention auch dann als vermutlich effektiv bewertet, wenn zumindest eine Studie mit Kontrollgruppendesign nach den Kriterien für empirisch gut bewährte Studien vorliegt.

Zur Behandlung von internalen und externalen Störungen konnten einige Interventionen ihre Effektivität gut belegen. Eine Übersicht für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich gibt Döpfner (2006). Genaue Darstellungen liefern Fisher & O'Donohue (2006), Weisz (2004) und Weisz & Jensen (2001). Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer und kognitiv-behavioraler Methoden ist am besten nachgewiesen. Die Effektivität anderer Therapienansätze scheint geringer, wobei auch für klientenzentrierte und familientherapeutische Ansätze Effektivitätsnachweise vorliegen.

Inwieweit diese „Efficacy Studien“, die als kontrollierte Therapiestudien mit ausgewählten Patienten an Universitäten durchgeführt wurden, sich in der klinischen Praxis mit „echten“ Patienten unter nicht kontrollierten Bedingungen als hilfreich erweisen, ist dabei weiterhin noch sehr unklar. In der Praxis ist es kaum möglich, Therapiemanuale exakt umzusetzen, da sich sowohl die „echten“ Patienten zu sehr von den Patienten der Studie unterscheiden (höhere Komorbidität, stärkere Belastung bei verminderter Belastungsfähigkeit,

unterschiedliche Motivation etc.) als auch die strukturellen Bedingungen der Behandlung sehr verschieden sein können. Notwendig zur Erforschung der Fragestellung der klinischen Wirksamkeit sind so genannte „Effektivens-Studien“, die in die praktische Versorgung der Patienten eingebunden sind (Goodheart et al., 2006; Weisz & Kazdin, 2006; Weisz & Jung, 2004).

Unter dem Begriff „evidence-based-practice (EBP)“ beschreiben Goodheart, Kazdin und Sternberg (2006) ein Konzept, das weiter gefasst ist als das „evidence-based-treatment (EBT)“, welches lediglich die Informationen aus „Efficacy-Studien“ berücksichtigt. EBP integriert wissenschaftliche Ergebnisse und klinische Informationen, die notwendig sind um den psychotherapeutischen Prozess, die Interventionen, die therapeutische Beziehung und das Therapieergebnis zu steuern und zu verbessern.

Insgesamt 25 Gründe, die für die Anwendung der EBP sprechen, führt Sternberg im selben Band (Goodheart, Kazdin und Sternberg, 2006) zusammenfassend auf. Einige Punkte sind exemplarisch aufgeführt:

1. Es ist notwendig, den Kontext der praktischen Arbeit mit einzubeziehen, da dieser sehr verschieden zum Kontext in wissenschaftlichen Untersuchungen sein kann.
2. Die Definitionen vom „Beweis“ einer Wirksamkeit der Behandlung sind unterschiedlich definiert. Psychotherapeuten arbeiten in einem idiografischen Kontext. Sie müssen ihre Therapie auf den individuellen Patienten selbst anpassen. Wissenschaftler arbeiten meist in einem nomothetischen Kontext. Sie suchen nach allgemeinen Gesetzmäßigkeiten in Gruppen.
3. Evidence-based Practice ist manchmal praktisch nicht durchführbar. ...
4. Die Effekte durch den Therapeuten selbst sind größer als die Effekte durch die Behandlung. ...
5. Evidenz-basierte Techniken sind manchmal „verarmt“ oder zumindest nicht ausreichend komplex, um den Realitäten einer klinischen Praxis gerecht zu werden.
6. Psychotherapie ist sowohl eine Kunst als auch eine Wissenschaft. ...
7. Für viele Situationen sind keine Techniken vorhanden, die in Studien gut genug belegt sind. ...

8. Erfahrung ist manchmal ein besserer Lehrer als es evidenz-basierte Studien sein können.
9. Psychotherapie wirkt, obwohl nicht klar ist, was an erster Stelle steht. ...
10. Die wissenschaftliche Literatur kann keine befriedigenden Antworten darauf liefern, bei wem und wann eine bestimmte Technik angewandt werden soll.
11. In der Praxis müssen Realitäten, wie Begrenzungen durch finanzielle und strukturelle Gegebenheiten, berücksichtigt werden, über die Psychotherapeuten mit evidenz-basierten Prinzipien schweigen.
12. Psychotherapie benötigt ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient, was in der wissenschaftlichen Forschung nicht genügend erfasst wird.
13. Wenn die klinische Erfahrung in eine andere Richtung weist als die wissenschaftlichen Ergebnisse, macht es Sinn, dass der Therapeut nach seiner eigenen Erfahrung handelt. ...usw.

Diese Aussagen unterstreichen die Notwendigkeit, die Kluft zwischen universitärer Forschung und praktischer klinischer Arbeit zu überbrücken. Die Ergebnisse der Forschung an ausgewählten Patientenkollektiven können die Grundlage dafür liefern, umfassendere Konzepte im „natürlichen“ Umfeld der Patienten und Therapeuten zu erfassen.

Zusammenfassend können wir sagen, dass eine Wirksamkeit verschiedener, vor allem kognitiv-behavioraler und verhaltenstherapeutischer Therapien, in ausgewählten Behandlungsgruppen belegt ist. Wirkungsvergleiche zwischen verschiedenen Therapieformen sind bisher nur wenig standardisiert untersucht. Die bisherigen Studien zur Effektivität von Behandlungsmaßnahmen beziehen sich überwiegend auf rekrutierte Stichproben und sind somit nicht repräsentativ für klinische Inanspruchnahmepopulationen im „natürlichen“ Umfeld. Parallel zur weiter notwendigen Forschung an rekrutierten Stichproben ist es notwendig, die Effektivität der Behandlung an Inanspruchnahmepopulationen zu überprüfen. Im weiteren Verlauf sollten verschiedene Behandlungen im natürlichen Umfeld miteinander verglichen werden, um eine Aussage darüber treffen zu können, welche Behandlung bei welchem Patienten am besten wirkt. Schließlich können aus den gewonnenen Daten im natürlichen Behandlungsumfeld Prozessvariablen gesucht werden, die für den Erfolg der Behandlung maßgeblich sind.

Der ambulante Behandlungsansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Der ambulante Behandlungsansatz ist eine Interventionsform, bei der die psychisch kranken Kinder und Jugendlichen in ihrem sozialen Kontext, also Familie, Freizeitbereich und Schul- oder Berufsumfeld, verbleiben können. In Deutschland werden die meisten der jungen Patienten ambulant behandelt. Kapitel 1.1 gibt die aktuelle Anzahl an Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Rheinland-Pfalz wieder. Wie viele Patienten über Praxen und Institutsambulanzen insgesamt versorgt werden, kann aus den vorliegenden Daten nicht erschlossen werden.

Bisher gibt es nur wenige Untersuchungen, die dieser Frage nachgehen.

Remschmidt und Mattejat (1994) werteten Daten der Patienten von 1983 bis 1990 aus, die sich in der Marburger Universitätsklinik und den mit ihr assoziierten Einrichtungen vorstellten. Im ambulanten Bereich wurden in diesem Zeitraum 7 969 Patienten untersucht. Bei 1929 wurde keine weitergehende Beratung durchgeführt. Von den verbliebenen 6040 Patienten erhielt etwa die Hälfte (N=2991) diagnostische Sitzungen, die andere Hälfte (N=3051) kamen zu weiteren Therapie- oder Beratungsgesprächen.

Im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung wurde in den Jahren 1980 bis 1985 die Versorgung in zwei Landkreisen evaluiert. In der ausgewählten Region wurde eine komplette Inanspruchnahmepopulation untersucht (Remschmidt & Walter, 1989). In derselben Region wurde eine repräsentative Stichprobe von Schülern mit der Child Behavior Checklist (CBCL) als Erhebungsinstrument auf psychopathologische Symptome untersucht (Remschmidt & Walter, 1990). 12,7% der Stichprobe (n=1969) im Alter von 6-17 Jahren litten demnach an einer behandlungsbedürftigen Störung, nur 3,3% (64 von 1969) befanden sich in einer Behandlung, die Hälfte davon in nicht-psychiatrischen medizinischen Einrichtungen (siehe auch: Remschmidt et al., 2006). Ihle & Esser (2002) gaben eine Prävalenzrate von 15 bis 20% an. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) von 2003 bis 2006 fand mit Hilfe des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen im Gesamtwert verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig (Hölling et al., 2007). Inwieweit psychisch auffällige Kinder und Jugendlichen Untersuchungen und Behandlungen zugeführt wurden, in welchem Setting und bei wem ist weitgehend ungeklärt.

Über die KiGGS-Studie wurde die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Kindern und Jugendlichen untersucht (Kamtsiuris et al., 2007). Bei den 0- bis 2- Jährigen suchten 95,1% Kinderärzte auf, bei den 14- bis 17- Jährigen noch 25,4%. 53,1% dieser Altersgruppe war bei Allgemeinärzten in Behandlung. Die Inanspruchnahme von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde nicht erfragt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die meisten psychisch auffälligen Kinder zunächst vom Kinderarzt (bei den jüngeren Kindern) oder vom Allgemeinarzt (bei den älteren Kindern und Jugendlichen) gesehen werden.

Die ambulante Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen wird im medizinischen Bereich von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet. Die Art und Weise der Therapien, die in diesen unterschiedlichen Settings angeboten werden, differieren deutlich. In fachärztlich geleiteten Praxen und Einrichtungen werden nach einem ganzheitlichen Krankheitsbegriff psychiatrische, neurologische, psychotherapeutische und psychosoziale Ansätze integriert. Einige kinder- und jugendpsychiatrische Praxen arbeiten nach der Sozialpsychiatrievereinbarung, die am 01.07.1994 zwischen den Ersatzkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossen wurde. In diesem Vertrag ist mit den Krankenkassen geregelt, dass ein Kinder- und Jugendpsychiater Mitarbeiter anderer Fachrichtungen, also z. B. Psychologen, Sozialpädagogen oder Heilpädagogen, beschäftigen darf. In Rheinland-Pfalz existiert diese Vereinbarung nicht. Institutsambulanzen haben unterschiedliche Verträge mit den Krankenkassen. Über unterschiedliche Fallpauschalen existieren daher große Unterschiede in den Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung. Die fachärztlich geleiteten Einrichtungen sind an bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken angebunden. In einem Behandlungsteam arbeiten neben den Fachärzten Assistenzärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Logopäden und andere Berufsgruppen in den Institutsambulanzen. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schließlich sind einzeln in ihren Praxen nach den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (1999, 2006) auf psychoanalytischer oder verhaltenstherapeutischer Grundlage tätig.

Welche Form der ambulanten Behandlung von den Patienten gewählt wird, hängt in erster Linie von der Verfügbarkeit der Therapieplätze ab. Die Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland ist unterschiedlich. Besonders in ländlichen Regionen ist der

Zugangsweg zur ambulanten Behandlung erschwert. Wartezeiten sind insbesondere in den Psychotherapie-Praxen meist sehr lang, so dass Patienten mit akuter und deutlicher Symptomatik in der Regel in Facharztpraxen oder Institutsambulanzen vorstellig werden. Nach diagnostischer Klärung wird, wenn indiziert, eine ambulante Beratung oder Therapie, bei entsprechendem Schweregrad der Störung oder ungünstiger Begleitumstände (z. B. psychosoziale Belastungen) eine teilstationäre, bei Notwendigkeit der Trennung vom sozialen Kontext sowie bei deutlicher Eigen- und Fremdgefährdung eine vollstationäre Behandlung in die Wege geleitet. Die Indikationsstellung, welches Setting gewählt wird, richtet sich nach den Leitlinien des Fachgebietes (DGKJPP, BAG, BKJPP; 2007) sowie nach den Erfahrungen des jeweiligen Behandlers und den Wünschen der Patienten und deren Eltern. Da es bisher keinen Wirkungsvergleich der verschiedenen Therapieformen im natürlichen Umfeld gibt, der es erlauben würde, bei bestimmten Patientengruppen ein bestimmtes Setting zu favorisieren, muss in der Indikationsstellung in erster Linie auf Erfahrungswerte sowie auf die vorhandenen Möglichkeiten der Behandlung vor Ort eingegangen werden.

Therapieevaluation ambulanter Behandlungen

Die Therapieevaluation im natürlichen Umfeld wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten vorwiegend im englischsprachigen Raum entwickelt. Besonders aus Großbritannien, den Vereinigten Staaten von Amerika und Australien wurden einige Untersuchungen veröffentlicht. In Deutschland steht die Therapieevaluation an Inanspruchnahmepopulationen noch am Anfang. Wie oben beschrieben, gibt es einige Daten zur Versorgungslage. Der Wirksamkeitsnachweis im ambulanten Bereich ist nur unzureichend erbracht, wie im Folgenden näher erläutert wird. Einen Wirkungsvergleich zwischen verschiedenen Behandlungssettings stellten Remschmidt & Schmidt (Hrsg., 1988) an.

Aus der Darstellung der Entwicklung der Therapieforschung wird ersichtlich, dass es bisher kaum möglich ist, ambulante Behandlungsansätze umfassend unter realen Bedingungen einschätzen zu können. Veröffentlichungen hierzu sind weiterhin rar, vor allem im deutschsprachigen Raum. Die vorhandenen Veröffentlichungen sind schwer vergleichbar auf Grund des unterschiedlichen Designs der Studien mit verschiedenen Messzeitpunkten, Outcome- und Follow-up-Kriterien, sowie der in der Zusammensetzung (Alter, Diagnosen u. a.) differenten Kohorten.

Studien zur Ergebnis- und Prozessqualität an vollständigen Inanspruchnahmepopulationen sind nach Mattejat (Hrsg., 2006a) auch aufgrund von Problemen bei der Stichprobengewinnung (systematische Verzerrungen), der Datenerhebung (unzureichende Datenqualität), beim Datenschutz und auf Grund der hohen Kosten besonders von extern und unabhängig gestalteten Untersuchungen schwer realisierbar (siehe hierzu auch Kazdin, 2003; Quaschner, 2003; Weisz, 2004; Merod & Petermann, 2006; Mattejat & Remschmidt, 2006).

Um den aktuellen Forschungsstand zur Therapieevaluation unter naturalistischen Bedingungen zu erheben, wurde eine Recherche der Datenbanken „PsycINFO“ und „PubMed“ in der Zeitspanne von 1996 bis 2006 nach folgenden Stichwörtern durchgeführt:

(outcome or success or evaluation or quality assurance or utilization or effectiveness or efficacy or follow-up) and (treatment* or therap* or trial) and (inpatient* or outpatient* or day care) and (psychiatr* or psychother*) and (child* or adolescen*)

In Tabelle 1-3 ist das Ergebnis der Recherche dargestellt.

Im ersten Ansatz wurden die gefundenen Abstracts gezielt durchgesucht nach Studien mit Inanspruchnahmepopulationen. Hierunter wurden Studien gefasst, die ein „natürliches“ Klientel („referred“-Patienten, nicht „recruited“-Patienten) beschrieben. Verlaufsuntersuchungen an einem großen Teil der Gesamtstichprobe wurden ebenfalls mit einbezogen. Studien zu spezifischen Diagnosen mit Verlaufsbeschreibungen (outcome, follow up) und Therapieevaluationen, Studien zur Versorgungssituation, wurden separat gelistet. Nicht aufgenommen wurden Studien, die ganz spezielle Fragestellungen beinhalteten (z. B. zur Genetik, Stoffwechselmarker u. a.), Studien zur Forensik, zu Suchterkrankungen, zu schweren Intelligenzminderungen und Studien mit Patienten über 18 Jahren.

Beim Vergleich der Ergebnisse der Recherchen fällt auf, dass der prozentuale Anteil der Veröffentlichungen zum Thema „Inanspruchnahmepopulation“ und zur „Therapieevaluation“ in beiden Datenbanken deutlich variiert – mit einem höheren Anteil in der Datenbank „PsycINFO“. Hier ist zu berücksichtigen, dass in dieser auch Dissertationen und Bücher mit erfasst werden, zudem greift diese vorwiegend auf englischsprachige Veröffentlichungen zurück.

Insgesamt konnten auf diese Weise in der Datenbank PsycINFO 111, in der Datenbank PubMed 77 Veröffentlichungen zu Evaluationen an Inanspruchnahmepopulationen gefunden werden.

Tab. 1-3: Darstellung der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Anzahl der Arbeiten	PsycINFO		PubMed	
	Abs.	Proz.	Abs.	Proz.
Anzahl aller in der Datenbank verzeichneten Arbeiten	732	--	1363	--
Therapieevaluation allgemein	20	2,73	8	0,59
Versorgungsforschung	23	3,14	33	2,42
Inanspruchnahmepopulation allgemein	111	15,16	77	5,65
Inanspruchnahmepopulation stationär	65	8,88	42	3,08
Inanspruchnahmepop. Tagesklinik	7 (2 mit stat.)	0,96	8	0,59
Inanspruchnahmepopulation ambulant	39 (4 mit stat.)	5,33	22	1,61
Therapieevaluation bei spezifischen Störungen allgemein	189	25,81	128	9,39
Therapieevaluation bei Schizophrenie	17	2,32	16	1,17
Internalisierende Störungen	47	6,42	28	2,05
Hyperkinetische Störungen	19	2,6	4	0,29
Störungen des Sozialverhaltens	30	4,1	25	1,83
Essstörungen	41	5,6	32	2,35
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	12	1,64	7	0,51
Persönlichkeitsstörungen	7	0,96	3	0,22
Andere Diagnosen	16	2,19	29	2,13
Andere Themeninhalte	89	12,16	901	66,1

Nach Diskussion dieser Ergebnisse in der Forschungsgruppe wurde eine zweite, spezifischere Analyse der Studien zur Inanspruchnahmepopulation durchgeführt. Hierzu wurden die Suchergebnisse der beiden Abfragen zusammengeführt. Die Studien zur Inanspruchnahmepopulation wurden nochmals einer Durchsicht unterzogen nach folgenden Kriterien:

Tab. 1-4: Auswahlkriterien der systematischen Literaturrecherche

Gezielte Suche nach:	Ausschlusskriterien:
<ul style="list-style-type: none"> - Effektivität der Behandlung von Inanspruchnahmepopulationen allgemein (referred patients), - Tagesklinik (day care, day school, day hospital, partial treatment, partial hospitalization) - Ambulant (outpatients, non-residential, ambulatory) - Stationär (residential, inpatient) - Therapieerfolg unter naturalistischen Bedingungen (in the "real world") - Predictors, quality indicators in Verbindung mit outcome, follow up, unter naturalistischen Bedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Validierung von Messinstrumenten ohne Verlaufsbeschreibung - Alter: überwiegend < 4 oder > 18 Jahre - Case reports, kleine Fallzahlen (<15) - Langzeitverläufe über 10 Jahre - Validierung von „aftercare“ nach stat. Behandlung - „Home-treatment“ alleine - Vor 1998 veröffentlicht

Die globale Darstellung der Veröffentlichungen gemäß dieser Systematik ist aus folgender Tabelle zu ersehen:

Tab. 1-5: Übersicht der Studien zur Inanspruchnahmepopulation nach systematischer Recherche

Anzahl der Arbeiten zum Thema	PsycINFO + PubMed
Inanspruchnahmepopulation allgemein	57
Inanspruchnahmepopulation stationär	25
Inanspruchnahmepopulation Tagesklinik	9
Inanspruchnahmepopulation Ambulanz	16
Stationär + Tagesklinik + Ambulanz	1
Stationär + Tagesklinik	2
Stationär + Ambulanz	3

Es überwiegen – wie zu erwarten war – die Veröffentlichungen zu stationären Kohorten. Wenige Studien befassen sich mit einem Vergleich der unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten. Die von Eisert (in: Remschmidt & Schmidt, 1986) geforderte „Untersuchung, in der sorgfältig diagnostizierte Kinder gleichen Schweregrades der Erkrankung, zufällig den unterschiedlichen Behandlungsformen zugeordnet wurden und deren Wirksamkeit mit methodisch und praktisch sinnvollen Kriterien über einen längeren Zeitraum hinweg verglichen wurden“, ist unseres Wissens von Remschmidt & Schmidt (Hrsg. 1988)

umgesetzt und veröffentlicht worden. In der Recherche fand sich eine Studie von Henggeler et al. (2003), die randomisiert die Patienten einer stationären oder „Multisystembehandlung“ zuwies.

Von den Studien, die nach dieser systematischen Recherche gefunden wurde, waren für die genauere Analyse nicht alle zu verwerten. Von den 9 Studien zur tagesklinischen Behandlung waren 2 Reviews, 1 befasste sich mit der tagesklinischen Versorgung in Deutschland, 1 war auf Vorschulkinder eingegrenzt und 1 war nicht im Volltext zu erhalten. Von den 16 Studien zur ambulanten Behandlung konnten 2 nicht im Volltext erhalten werden. Unter den Gefundenen fand sich 1 Review.

Um eine möglichst umfassende Übersicht der Veröffentlichungen zu diesem Themengebiet zu erlangen, wurden unsystematisch weitere Quellen genutzt:

Über die Datenbank „MedPilot“ wurde mittels der Einrichtung eines Literaturagenten mit oben genannten Schlagwörtern nach aktuellen Veröffentlichungen gesucht. Anhand der Literaturverzeichnisse der gefundenen Veröffentlichungen konnten zusätzliche Hinweise auf relevante Literatur gefunden werden. In regelmäßigen Treffen der Forschungsgruppe wurden Hinweise und Ergebnisse der Literaturrecherche ausgetauscht und diskutiert. Bei Treffen mit Kollegen, die in diesem Forschungsbereich tätig sind, wurde im Rahmen von Vorträgen, Symposien usw. ein direkter Austausch gepflegt, der zu weiteren Hinweisen auf Studien führte.

Durch dieses Vorgehen konnten für die tagesklinischen Behandlung noch 1 weitere Studie, für die ambulante Behandlung 8 Studien und für Studien mit mehreren Behandlungsmodalitäten weitere 2 gefunden werden.

Von den Reviews zur Evaluation tagesklinischer Behandlung wurden 2 durch systematische Recherche, 3 durch unsystematische Recherche gefunden. 1 Review zur ambulanten Behandlung wurde durch systematische Recherche gefunden, die anderen 4 durch unsystematische. Übersichtsarbeiten zur Effektivität von ambulanten Behandlung sind in folgenden Veröffentlichungen erläutert: Kazdin et al. (1990), Weisz et al. (1995a), Jensen, Hoagwood & Petti (1996), Burns, Hoagwood & Mrazek P(1999), Weisz (2004).

Die mittels dieses komplexen Vorgehens gefundenen und als relevant eingeschätzten 21 Studien zur ambulanten Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und 7

Studien mit mehreren Behandlungssettings unterscheiden sich erheblich bezüglich des Designs, der Kohorte und des Umfangs der Studienteilnehmer. Um eine systematische Übersicht zu erhalten, wurden die relevanten Studien einer genauen Analyse unterzogen. Aufgrund der Datenfülle sind die verwendeten Abkürzungen in einer Legende vorangestellt. Legende und tabellarische Auflistung der Studien mit Erläuterungen sind im Anhang aufgelistet.

Erläuterung der Studien zur Therapieevaluation

Trotz der größeren Anzahl an Publikationen zur Ergebnisevaluation ambulanter Behandlungen fällt bei genauem Hinsehen auf, dass lediglich zwei Forschungsgruppen unbehandelte Kontrollgruppen einsetzten, nämlich Dalton et al. (2000, 2003) und Weiss et al. (1999, 2000). Im gesamten deutschsprachigen Raum gab es hierzu bisher keine Veröffentlichungen.

Die Gruppe von *Dalton et al. (2000)* untersuchte 3 ambulante Therapieverfahren bei Kindern (5 bis 12 Jahre) hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe aus dem Drop out der Warteliste (matched group, N=33). Eine Gruppe erhielt Psychotherapie alleine (N=34), eine Pharmakotherapie alleine (N=13) und eine kombinierte Psychotherapie mit Pharmakotherapie (N=24). Die Effekte auf die Symptomausprägung aus Elternsicht wurden mittels der CBCL-Skalen bei Aufnahme und am Ende der Behandlung ermittelt. *Dalton et al. (2003)* verglichen zudem 50 jugendliche Teilnehmer (13 bis 18 Jahre), die unterschiedlichen Behandlungssettings, je nach ihrer Symptomatik, zugeordnet wurden. Externale Störungen erhielten ein Ärger-Kontroll-Training (N=30), internale Störungen eine Gruppentherapie unterschiedlicher Dauer (N=15) und N=5 erhielten eine individuelle Psychotherapie. Eine Kontrollgruppe wurde aus 8 Patienten der Warteliste und 21 Drop-out-Patienten gebildet. Symptomausprägungen wurden mittels CBCL-Skalen aus Elternsicht und YSR-Skalen aus Jugendliehensicht gebildet. Bei den Kindern wurden in der Kontrollgruppe keine bedeutsame Veränderung der CBCL gefunden. Die T-Werte insgesamt sowie für die internalisierende und die externalisierende Subskala besserten sich bedeutsam. Für Psychotherapie alleine war der internalisierende T-Wert bedeutsam verringert, für Psychotherapie mit Pharmakotherapie auch der externalisierende T-Wert. Eine hohe Symptomausprägung mit einem T-Wert von 65 und mehr bei Beginn der Behandlung korrelierte mit einer positiven Veränderung. Bei den Jugendlichen waren aus Elternsicht bedeutsame Verbesserungen für den Gesamt-T-Wert, die externalisierende und die internalisierende Subskala zu finden. Die Jugendlichen selbst gaben

bedeutsame Verbesserungen im Gesamtwert an sowie für die Items „soziale Probleme“ und „Delinquenz“. Eine begleitende Medikation zeigte keinen prädiktiven Wert. Die Effektstärken im Kontrollgruppenvergleich der Jugendlichen lagen beim CBCL-Gesamt-Wert bei 0,371, beim T-Wert Externalisierung bei 0,4000 und beim T-Wert Internalisierung bei 0,3000.

Weiss et al. (1999, 2000) untersuchten insgesamt 160 Teilnehmer mit einem mittleren Alter von 10,3 Jahren, die sie randomisiert einer Behandlungsgruppe (N=76) oder einer Kontrollgruppe (N=84) zuwiesen. Die Teilnehmer wurden aus Schülern einer Public School rekrutiert, die durch Screening-Verfahren auf pathologische Symptome hin untersucht wurden. Die Behandlungsgruppe erhielt eine „traditionelle Kinderpsychotherapie“, die Kontrollgruppe ein akademisches Tutoring durch College-Studenten und graduierte Studenten sowie einem Lehrer. Die Veröffentlichung von 1999 wies einen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten mit 4 Messzeitpunkten auf. Die Symptomstärke wurde aus Elternsicht mittels der CBCL und der BSI ermittelt. Zudem wurde die Sicht der Patienten, Lehrer und Freunde durch unabhängige Untersucher mittels validierter Messinstrumente erhoben. Daneben wurde der Behandlungserfolg im Sinne des Funktionsniveaus aus Eltern- und Therapeutesicht erhoben. Die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm wurde ermittelt. Mit einer Effektstärke im Kontrollgruppendesign von 0,08 bei der Symptomausprägung konnte keine Wirksamkeit der Psychotherapie nachgewiesen werden. Die Eltern der Therapiegruppe waren mit dem Programm zufriedener als die Eltern der Kontrollgruppe. Zwei Jahre nach Behandlungsbeginn wurden 53 Teilnehmer mit der Kontrollgruppe verglichen. Wesentliche Verbesserungen der Symptomstärke waren in der Psychotherapiegruppe im Kontrollgruppenvergleich nicht zu finden. Die Behandlungsgruppe wies nur tendenziell weniger Fehltage in der Schule auf.

Im deutschsprachigen Raum konnten 4 Studien zur ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gefunden werden.

Hervorzuheben ist die Studie von *Mattejat et al. (2006b)*, in der an einer Inanspruchnahmepopulation ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten aus 9 Praxen innerhalb Deutschlands 1029 Teilnehmer rekrutiert werden konnten. Die Patienten erhielten eine Regelbehandlung in den jeweiligen Praxen. Die Symptomausprägung, die Lebensqualität, die Zufriedenheit mit der Behandlung und das Funktionsniveau wurden mittels standardisierter Erhebungsinstrumente erfasst über den Verlauf von 12 Monaten mit drei Messzeitpunkten. Als Vergleichsdaten konnten Ergebnisse der Behandlung eines stationären Kollektivs der Universitätsklinik Marburg herangezogen werden. Die Symptomausprägungen,

telefonisch durch einen unabhängigen Untersucher ermittelt anhand des Marburger Symptomratings (MSR), zeigte bei vielen Symptomen eine kontinuierliche Reduktion. Ein Anstieg war bei „Drogen-/Alkoholkonsum“ und bei organischen Erkrankungen zu verzeichnen. Die Suizidalität zeigte im ersten Vierteljahr der Behandlung einen Rückgang und blieb auf diesem Niveau bis 12 Monate nach Behandlungsbeginn. Die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen besserte sich aus Elternsicht von T1 bis T3 hochbedeutsam, die elterliche Belastung durch die Erkrankung des Kindes sank bedeutsam. 74 % der Eltern waren sehr zufrieden mit der Therapie in den Praxen. Die Effektstärken waren im Gesamten jedoch eher gering mit 0,2 bis 0,3.

Remschmidt und Mattejat (2001b) stellten den Therapieerfolg anhand einer Beschreibung der Symptomverbesserung aus Therapeutensicht am Ende der Behandlung an einem stationären Kollektiv mit 1490 Patienten und einem ambulanten Kollektiv mit 1682 Patienten dar. Im ambulanten Rahmen fanden sie im Vergleich von „Normal-Beendern“ mit „Abbrechern“ Effektstärken von 1,01, „Normal-Beender“ mit „Nicht-Beginner“ von 1,27 und zwischen „Nicht-Beginner“ und „Abbrecher“ von 0,34. Diese Ergebnisse wiesen auf eine Wirksamkeit der ambulanten Behandlung hin. Der Behandlungserfolg schien abhängig von der Behandlungsdauer und Intensität sowie der Diagnose mit guten Erfolgsaussichten bei Anpassungsstörungen, neurotischen Störungen und Anorexie.

Bonney (1998) führte eine retrospektive Erhebung an einer unselektierten Teilstichprobe von 109 Patienten (von insgesamt 632 möglichen) zwei Jahre nach Erstvorstellung durch. Telefonisch wurden die Eltern nach der noch vorhandenen Symptomatik und nach weiteren Beratungen gefragt. Es wurden keine validierten Messinstrumente eingesetzt. Die Teilstichprobe zeigte einen deutlichen Bias. Daten zum Beginn der Behandlung fehlen. Die „Erfolgsgruppe“ wies im Durchschnitt 5,3 Kontakte, die „Misserfolgsgruppe“ 8,4 Kontakte einer systemisch orientierten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung auf. Insgesamt wiesen nach dieser Erhebung 66 % der Befragten nach zwei Jahren einen stabilen, positiven Verlauf auf, besonders günstig bei ängstlicher und depressiver Verstimmung sowie bei Schulschwierigkeiten und aggressiven Störungen, weniger günstig bei hyperkinetischer Symptomatik und Enuresis. 19,3 % der Eltern berichteten von fortgesetzten Sorgen, davon waren 4 Fälle in anderer Beratung, 2 Fälle bedurften einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Insgesamt 14,7 % waren noch in derselben Praxis in Behandlung.

Aus der Schweiz ist eine Studie von *Aster et al. (1998)* zu nennen. Anhand der Kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation wurden 7254 ambulant, 126 tagsklinisch und 158 stationär behandelte Patienten erfasst bei Aufnahme und bei Entlassung. Die ambulanten Patienten erhielten im Mittel 10 Sitzungen bei einer Spanne von 1 bis 152 Kontakten. Die Studie hatte als Ziel eher die Beschreibung der unterschiedlichen Klientele. Im Verlauf waren aber insbesondere über die Achse 6 des MAS (globales Funktionsniveau) aus Therapeutesicht gewisse Aussagen zu treffen. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Behandlungsergebnisse stationär und tagesklinisch besser waren als in der Ambulanz. Effektstärken waren nicht zu ermitteln.

Ebenfalls in der Schweiz erfasste *Di Gallo et. al. (2002)* am Ende der Behandlung über die Basisdokumentation bei 1425 Patienten, die eine ambulante Behandlung erhielten, den Abbruch der Behandlung als Outcome-Kriterium. 20,9 % der Fälle brachen die Therapie gegen den Therapeutenwillen ab, 10,4 % nach 1 oder 2 Sitzungen, 4,6 % nach über 7 Sitzungen. Hohe Abbrecherquoten fanden sich bei Notfällen und Konsilen.

Erwähnung finden sollte die Erhebung von *Vossler (2003)*, der randomisiert 108 Fälle von Erziehungsberatungsstellen aus Bayern rekrutierte und über eine Katamnesedauer von zwei bis drei Jahren in einer retrospektiven Erhebung erfasste. Die Studie zeichnet sich durch eine gute Operationalisierung aus. Validierte Messinstrumente fanden Verwendung. Als Outcome-Kriterien wurden die Bereiche Beratungserfolg, Beratungseffekt und die Zufriedenheit aus der Sicht der Berater, der Eltern und der Klienten gewählt. Von den Eltern sahen 70 % bis 82 % positive Änderungen in allen Lebensbereichen, wobei der Anteil, den die Eltern auf die Beratung zurückführten, mit 42 % eher gering ausfiel. 39% der Klienten nahmen weitere psychologische Hilfen an. Die Berater sahen bei 90 % eine vollständige und teilweise Besserung und sahen den Effekt der Beratung bei 61 %. Als Prozessvariable, die den Erfolg günstig beeinflusste, wurde die Qualität der Beratungsbeziehung genannt. Die Zufriedenheit war hoch, wenn die Beratung als veränderungsrelevant eingeschätzt wurde. Das Ausmaß der Effekte war bei jüngeren Müttern höher als bei älteren.

Im angloamerikanischen Raum verglichen mehrere Studien unterschiedliche Behandlungssettings, also z. B. ambulante Behandlung versus stationäre oder teilstationäre Behandlung. Diese werden nachfolgend erläutert.

Armbruster et al. (2004) untersuchten an 885 Teilnehmern, ob „Managed Care-Programme“ eine wirksamere Behandlungsform ambulant darstellten im Gegensatz zur traditionellen

Behandlung. Hierzu erhoben sie die Symptomstärke und das Funktionsniveau am Beginn und nach 3 bis 4,46 Monaten mit standardisierten Messinstrumenten aus Therapeutensicht (C-GAS und GAF). Sie konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.

Im „Fort Bragg Evaluation Project“ verglichen *Noser und Bickmann (2000)*, *Bickmann et al. (2000)* und *Lambert et al. (1998)* eine ambulante Behandlung mit „Continuum of Care“ mit traditionellen Therapien in zwei benachbarten Kliniken. Bei 199 Teilnehmern im Alter von 5 bis 17 Jahren wurden Katamnesen bis zu 60 Monate nach Behandlungsbeginn erhoben mittels standardisierter Instrumente aus Eltern- und Patientensicht zur Symptomausprägung (CBCL und YSR) und zum Behandlungserfolg sowie in der ersten Veröffentlichung zur Zufriedenheit mit der Behandlung. Sie stellten fest, dass das Outcome zwischen den Informanten deutlich variierte. Die Einschätzung der Verbesserung aus Elternsicht korrelierte eher mit der Zufriedenheit mit der Behandlung als mit der Symptomverbesserung. Bei den Patienten korrelierte die Symptomverbesserung mit der Zufriedenheit. Auf längere Sicht wies die „Continuum of Care“-Gruppe keine bedeutsamen Verbesserungen gegenüber der traditionellen Behandlung bei einem höheren Kostenaufwand auf. Als Prozessvariablen, die das Outcome verbesserten, nannten sie in der Veröffentlichung von 1998 (insgesamt 240 Jugendliche von 12 bis 18 Jahren, davon 119 in der stationären Kontrollgruppe, Katamnese über 6 Monate) die Klienten-Therapeuten-Beziehung.

Insgesamt 1278 Teilnehmer von 3 bis 19 Jahre untersuchten *Rey et al. (1999)* im Vergleich zu 179 (14 %) stationären und teilstationären Patienten. Gemessen wurde der Behandlungserfolg aus Therapeutensicht 3 Monate nach Aufnahme, dann alle 3 Monate bis zur Entlassung und die Zufriedenheit mit der Behandlung aus Elternsicht postalisch nach Entlassung. 69 % zeigten einen Behandlungserfolg, ambulante Patienten dabei stärker als stationäre. 40 % der Eltern sandten Fragebögen zur Zufriedenheit zurück, davon waren 76 % zufrieden oder sehr zufrieden. Der Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Zufriedenheit mit der Behandlung war gering bedeutsam. Die Zahl der Kontakte korrelierte mit der Zufriedenheit aus Elternsicht.

Henggeler et al. (2003) wiesen 156 Teilnehmer von 10 bis 17 Jahren randomisiert einer Multisystemtherapie (MST, ambulant, N=79) oder einer stationären Behandlung (N=77) zu. In 5 Erhebungen mit einer Katamnesedauer von 16 Monaten wurde die Symptomstärke aus Therapeuten- (GSI), Eltern- (CBCL) und Patientensicht (FFSS), sowie der Behandlungserfolg anhand einer Fremdplatzierung sowie den Fehltagen in der Schule und der Familienbeziehung

aus Eltern- und Patientensicht gemessen. Das MST zeigte sich zunächst wirksamer, was aber nach 10 und 16 Monaten nicht mehr nachweisbar war. Der stationäre Behandlungsarm zeigte kurzfristig eine Besserung der externalisierenden Symptome.

Bielenberg (2003) setzten zur Verlaufsbeobachtung von 173 Teilnehmern im Alter von 3 bis 20 Jahren in verschiedenen Settings (general practioner, hospital department, educational psychologist, social services und andere) das Erhebungsinstrument „HoNOSCA“ und das GAPD aus Therapeutensicht ein zur Messung der Symptomausprägung bei Aufnahme und nach 3 Monaten. Die Therapeuten schätzen zudem den Behandlungserfolg mit einem klinischen Rating ein. Sie stellten eine gute Korrelation des HoNOSCA mit dem klinischen Rating und dem GAPD fest. Die größten Änderungen fanden sich bei Psychosen, gefolgt von Essstörungen, emotionalen Störungen, Belastungsstörungen und Bindungsstörungen. Die Komorbidität betrug 45 %.

Gowers et al. (2002) untersuchten 96 stationäre Patienten unterschiedlicher Diagnosen und 54 ambulante Patienten mit einer Anorexia nervosa im Alter von 13 bis 18 Jahren bei Aufnahme nach 6 Wochen und bei Entlassung aus Sicht der Therapeuten, Eltern und Patienten mittels mehrerer standardisierter Messinstrumenten. Die klinischen Ratings aus Therapeutensicht waren bei Aufnahme deutlich höher als die Ratings der Patienten selber. Die Korrelation der Ratings war gering, am besten noch bei der Diagnose „Anorexia nervosa“. Aussagen zur Wirksamkeit der Behandlungen fanden sich keine.

Robbins et al. (2001) setzten bei 67 jugendlichen Teilnehmern zwischen 11 und 18 Jahren, davon 61 % stationär und 39 % ambulant, das Erhebungsinstrument ATOM sowie die CBCL, das YSR und andere Verfahren zur Verlaufskontrolle bei Aufnahme, nach 1 Woche und nach 6 Monaten ein. Eine Symptomverbesserung konnte aus Elternsicht deutlich, aus Jugendlichensicht weniger deutlich gefunden werden.

Reine Verlaufsstudien, ohne Vergleichs- oder Kontrollgruppen, lagen nachfolgenden Veröffentlichungen zu Grunde.

Zima et al. (2005) wählten randomisiert aus 62 Kliniken 813 Teilnehmer im Alter von 6 bis 17 Jahren aus und untersuchten die Qualität der Behandlung über 3 Monate anhand definierter Kriterien. Sie fanden gute Dokumentationen der Behandlung. Verbesserungsbedarf sahen sie in der Kooperation mit anderen Hilffssystemen, der Einbeziehung der Eltern, der psychosozialen Behandlung und dem Schutz der Patienten.

Garland et al. (2004) untersuchten die Übereinstimmung der verschiedenen Beurteiler (Eltern, Therapeuten und Patienten) bei Aufnahme der Behandlung an 170 Teilnehmern mit unterschiedlichen Diagnosen. Eingesetzt wurden die CBCL, das YSR und das CAFAS. Bei 2/3 der Fälle stimmten die Einschätzungen zwischen den Beurteilern nicht überein. Sie forderten als Fazit für Outcome-Messungen den Einsatz von mehreren Perspektiven.

Ferdinand et al. (2004, 2003) untersuchten 96 Teilnehmer zwischen 6 und 12 Jahren im Follow up nach durchschnittlich 3,2 Jahren anhand des Funktionsniveaus an möglichst objektiven Kriterien wie weitere Behandlungsnotwendigkeit, Disziplinschwierigkeiten in der Schule und Polizeikontakten. Sie fanden, dass sowohl mittels des DSM und der CBCL ein schlechter Verlauf vorausgesagt werden konnte. Durch eine Kombination der Systeme ließ sich die Schätzung verbessern.

Brann et al. (2001) setzten bei 458 Teilnehmern im Alter von 3 bis 20 Jahren das HoNOSCA bei Aufnahme, nach 3 und 6 Monaten sowie bei Entlassung ein. Sie fanden bei 22 % der Patienten eine Verbesserung bei akzeptabler Interrater-Reliabilität.

In der „Great Smoky Mountain Study“ untersuchten *Angold et al. (2000)* und *Costello et al. (1996)* ein repräsentatives, randomisiertes Kollektiv 9-, 11- und 13-jähriger Kinder aus North Carolina. Insgesamt 1422 Teilnehmer wurden 1993 rekrutiert. Alle 3 Monate wurden telefonische Interviews geführt, über 4 Jahre fanden jährliche Treffen statt. Die Symptomausprägung und das Funktionsniveau wurden mittels standardisierter Instrumente aus Elternsicht sowie von einem unabhängigen Untersucher erhoben. Behandelte Patienten waren deutlich beeinträchtigt im klinischen Status und verschlechterten sich vor der Behandlung. Bei einer Kontakthäufigkeit über 8 war die Symptomverbesserung deutlich ausgeprägt. Keine Effekte konnten auf psychosoziale Faktoren und Elternbelastungen gefunden werden. Die Arbeitsgruppe stellte fest, dass ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen auch außerhalb universitärer Einrichtungen positive Effekte auf die Symptomatik aufwiesen. Zu kurze Interventionen zeigten keinen Effekt.

Eine reine Beschreibung eines ambulanten Klientels in Göteborg /Schweden liefert die Arbeitsgruppe um Kopp und Gillberg (2003) durch eine retrospektive Erhebung von 610 Patienten. Aussagen zum Outcome finden sich in dieser Veröffentlichung nicht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es insgesamt international nur zwei Arbeitsgruppen gibt, die in einem naturalistischen ambulanten Setting kontrollierte Studien zur

Wirksamkeit durchführten. Die Arbeitsgruppe um Weiss et al. (2000, 1999) stellte keinen Effekt der traditionellen Kinderpsychotherapie fest. Dalton et al. (2003, 2000) sahen geringe bis mäßige Effekte bei Jugendlichen bezüglich der Symptomausprägung innerhalb von 3 Monaten. Verlaufsbeobachtungen ohne Kontrollgruppen zeigten verschiedentlich geringe bis mäßige Effekte ambulanter Behandlungen. Aus Deutschland liegt im Wesentlichen nur die Studie der Arbeitsgruppe um Mattejat et al. (2006b) vor, die die Behandlungseffektivität von Kindern und Jugendlichen in 9 Praxen untersuchte. Kontrollierte Studien liegen im deutschsprachigen Raum nicht vor. Insgesamt ist die Datenlage zur Beurteilung der Wirksamkeit ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen weiterhin als desolat zu bezeichnen. Aus dieser Situation heraus entstand die Notwendigkeit, die vorliegende Untersuchung als kontrollierte Studie im naturalistischen Setting in einer Klinik der Regelversorgung zur Frage der Wirksamkeit ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen durchzuführen.

2 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Obwohl die meisten psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen ambulant Hilfe erhalten, ist dieser Behandlungsansatz empirisch kaum untersucht. Es fehlen vor allem naturalistische Studien an Inanspruchnahmepopulationen mit nicht ausgewählten, natürlichen Patienten zur Ergebnisevaluation. Die Arbeitsgruppe um Mattejat F. et al. (2006b) untersuchte im „Modell-Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen“ insgesamt neun Praxen in der Bundesrepublik. Deutschlandweit wurde bisher keine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz diesbezüglich untersucht.

In der Ambulanz des Johanniter-Zentrums Neuwied wurde eine kontrollierte Studie durchgeführt um die Wirksamkeit der Interventionen zu überprüfen. Nach telefonischer Anmeldung wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt (T1-Messung) und die Patienten wurden auf eine Warteliste gesetzt. Nach 3-4 Monaten erfolgte eine weitere Messung (T2) und die Behandlung wurde begonnen. Nach 6 weiteren Monaten erfolgte eine dritte Messung (T3); teilweise war die Behandlung zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen, teilweise dauerte sie noch an. Eine abschließende Follow-up Messung (T4) wurde nach weiteren 6 Monaten, d.h. insgesamt ein Jahr nach Behandlungsbeginn, durchgeführt.

Die Studie weist zwei Hauptmerkmale auf: Es handelt sich um eine naturalistische und klinisch repräsentative Studie mit zugewiesenen (nicht rekrutierten) Patienten unter normalen Behandlungsbedingungen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Das zweite Hauptmerkmal besteht darin, dass es sich um eine kontrollierte Therapiestudie handelt. Eine Wartekontrollbedingung (Eigenkontrollgruppe) wird mit der Behandlungsbedingung verglichen. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die Follow-up-Untersuchung nach 6 und 12 Monaten, d. h. es wird ein – für kontrollierte Psychotherapiestudien – relativ langer Untersuchungszeitraum betrachtet.

Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden zunächst einem deskriptiven Vorgehen unterzogen. Die Analyse der Daten verfolgten folgende Fragestellungen und Ziele:

➤ Deskription der Inanspruchnahmepopulation

Das Klientel der die Institutsambulanz aufsuchenden Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien sollte genauer erfasst werden. Welche Art von Patienten sucht und nutzt eine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz? Hierzu wurden sowohl krankheitsbezogene als

auch soziodemografische Daten mittels der Kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation erhoben und ausgewertet.

➤ **Deskription der angewendeten Therapien in der Institutsambulanz**

Welche Therapien erhielten die Patienten und deren Familien? Wie viele Therapiesitzungen fanden statt? Welche Empfehlungen wurden gegeben? Welche komplementären Hilfen wurden hinzugezogen? Zur Beantwortung dieser Fragen wurde die kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation verwendet.

➤ **Entwicklung der behandelten Kinder und Jugendlichen**

Das wesentlichste Ziel war die Überprüfung der Wirksamkeit der ambulanten Interventionen. In die Hypothesenprüfung gingen alle Patienten ein, bei denen zu allen 4 Zeitpunkten eine Messung durchgeführt werden konnte (n=46 Patienten). Hierdurch war es möglich,

- die Veränderungen über die 4 Messzeitpunkte im Beobachtungszeitraum zu analysieren und insbesondere
- die Veränderungen, die in der Wartezeit stattfanden, mit den Veränderungen nach erfolgter Intervention zu vergleichen.

Als Kriterienmaße wurden verwendet

- Psychopathologie bzw. Psychiatrische Symptombelastung des Kindes/Jugendlichen (CBCL-Gesamtwert [T-Wert]; Informationsquelle: Eltern). Es liegen vollständige CBCL-Daten für alle 4 Zeitpunkte bei 42 Patienten vor.
- Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen (ILK-Elternversion-Gesamtwert LQ28 [Rohwert]; Informationsquelle: Eltern). Es liegen vollständige ILK-Eltern-Daten für alle 4 Zeitpunkte bei 41 Patienten vor.
- Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen (ILK-Kinder-Jugendlichenversion-Gesamtwert LQ28 [Rohwert]; Informationsquelle: Kinder/Jugendliche). Es liegen 38 vollständige ILK-Jugendlichen-Daten für alle 4 Zeitpunkte bei 42 Patienten vor.

Folgende zwei Hypothesen wurden formuliert:

Hypothese 1: Im Beobachtungszeitraum zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung in der Psychopathologie und in der Lebensqualität der Patienten.

Die Überprüfung dieser Hypothese wurde durch folgende Operationalisierung vorgenommen: Es zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung über die 4 Messzeitpunkte von T1 zu T4 bei den drei Kriterienmaßen.

Bei der Auswahl des Testverfahrens fiel die Entscheidung auf parametrische Tests mit intervallskalierten Zielkriterien und mit einer annähernd symmetrischen Verteilung. Angewandt wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen bei insgesamt 4 Messzeitpunkten.

Hypothese 2: Die ambulante Behandlung ist wirksam.

Die zweite Hypothese wurde mittels nachfolgender Operationalisierung überprüft: Die Verbesserungen im Behandlungs- und Follow-up-Zeitraum (von T2 nach T3 bzw. von T2 nach T4) sind bedeutsam besser als die Veränderungen in der Wartezeit (von T1 zu T2).

Als Maß für die Veränderungen wurden einfache Differenzwerte zwischen den Messzeitpunkten gebildet. Die Überprüfung erfolgte durch abhängige t-Tests.

3 Untersuchungsdesign, Behandlungsansatz und Methoden der Datenerhebung

3.1 Untersuchungsdesign

In der Institutsambulanz des Johanniter-Zentrums Neuwied wurde eine prospektiven Längsschnittstudie mit Kontroll-Gruppendesign durchgeführt um die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen zu überprüfen. Die Untersuchung erfolgte an zugewiesenen, nicht rekrutierten Patienten mit einer „alltäglichen“ kassenfinanzierten Behandlung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Insgesamt wurden 4 Erhebungszeitpunkte angelegt. Die erste Erhebung (T1) erfolgte zum Zeitpunkt der telefonischen Anmeldung. Die Patienten wurden auf eine Warteliste gesetzt. Nach 3 bis 4 Monaten Wartezeit wurde die 2. Messung (T2) zum Zeitpunkt des Erstgespräches in der Institutsambulanz durchgeführt. Die Behandlung wurde begonnen. Nach 6 Monaten Behandlung erfolgte die 3. Messung (T3). Die Abschlussmessung wurde nach 12 Monaten Therapie (T4) durchgeführt. Befragt wurden die Hauptbezugspersonen der Patienten und wenn möglich die Patienten selbst mittels standardisierter Erhebungsbögen. Durch die ärztlichen und psychologischen Therapeuten wurden krankheitsbezogene und soziodemografische Daten erhoben. Somit entstand ein multimethodales Design mit verschiedenen Beurteilern und Wiederholungsmessungen.

In nachfolgender Abbildung 3.1 sind die Erhebungszeitpunkte der Studie schematisch dargestellt:

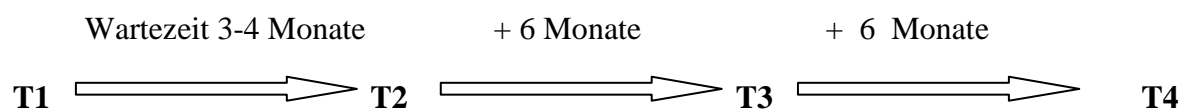


Abb. 3-1: Studiendesign – Erhebungszeitpunkte

Die Patienten wurden fortlaufend gemäß ihrer telefonischen Anmeldung von April bis September 2004 für die Studie gewonnen. Eine Kohorte von 128 Patienten konnte unter Wartekontrollbedingungen und im Anschluss daran zur Verlaufskontrolle unter der Behandlung für die Studie gewonnen werden. Diese Stichprobengröße wurde angestrebt, da man mit einigen Behandlungsabbrüchen im ambulanten Setting rechnen musste. In der Analysegruppe nach 1 Jahr sollten bei einer erwarteten höchstens mittleren Effektstärke bei

$\alpha = 0,05$ eine Zahl von 40 bis 60 Patienten angestrebt werden, um einen optimalen Stichprobenumfang für eine akzeptable Teststärke zu erhalten (siehe Bortz & Döring, 2006 S. 627 ff)

Als Ausschlusskriterien wurden festgelegt: Intelligenzminderungen (IQ unter 70) sowie mangelnde Deutschkenntnisse, Wartezeit zwischen T1 und T2 weniger als 4 Wochen, Alter unter 4 Jahren, da die meisten der verwendeten Erhebungsinstrumente für dieses Alter nicht evaluiert waren.

Als ein Hauptmerkmal der Studie wurde eine Kontrollgruppe aus vergleichbaren, aber nicht therapeutisch versorgten Patienten aus der Wartegruppe der Institutsambulanz gebildet (Eigenkontrollgruppe). Als weiteres wichtiges Merkmal ist die Follow-up- Untersuchung nach 12 Monaten Behandlung zu nennen, d. h. es wird ein – für eine kontrollierte Therapiestudie – relativ langer Untersuchungszeitraum betrachtet.

Gemäß den Empfehlungen von Scott (2004), Remschmidt und Mattejat (1997), Kazdin et al. (1990) und Mattejat (1986) wurden im Sinne einer mehrdimensionalen multimethodal angelegten Effektivitätsforschung verschiedene Personen zur Datengewinnung herangezogen. Neben objektiven Daten (z. B. Alter, Geschlecht, Lebensumstände etc.) wurden auch subjektive Daten durch unterschiedliche Beobachterperspektiven (z. B. durch Ratingskalen der Eltern, der Patienten und der Therapeuten) genutzt.

Dem Haupttherapeuten (Arzt oder Psychologe) kam hier die größte Bedeutung zu: Er koordinierte die Untersuchungstermine und begleitete die Familie während der gesamten Behandlung. Der Therapeut erhob soziodemografische und krankheitsbezogene Daten. Zudem wurde die Behandlungszufriedenheit aus Eltern-, Patienten- und Therapeutensicht erfasst.

Als Kriterienmaße zur Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung wurden verwendet:

- Psychiatrische Symptombelastung des Kindes / Jugendlichen anhand der von Achenbach und Edelbrock (1983) entwickelten und 1991 von Achenbach überarbeiteten Child Behavior Checklist (CBCL). Als Informationsquelle dienten die Eltern.
- Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen anhand des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK, Mattejat & Remschmidt, 2006a) - Elternversion.

- Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen anhand des ILK – Kinder- und Jugendlichenversion.

Rahmenbedingungen

Die Studie wurde als gemeinsames Projekt des Institut für Verhaltenstherapie (IVV) Marburg und des Johanniter-Zentrums konzipiert. Die Projektleitung wurde von Herrn Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt und Herrn Prof. Dr. Dipl.-Psych. Fritz Mattejat vom Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg (IVV) übernommen. Die Datenerhebung vor Ort organisierte Frau Brigitte Pollitt, leitende Oberärztin des Johanniter-Zentrums Neuwied. Die Dateneingabe und grundlegende wissenschaftliche Auswertung wurde durch das IVV übernommen. Für die Dateneingabe und -auswertung wurde eine wissenschaftliche Hilfskraft eingestellt (Vertrag zwischen dem IVV Marburg und dem Johanniter-Zentrum GmbH vom 08.04.2004).

Die Durchführung der Studie wurde koordiniert in den Räumen der Studienzentrale in Marburg. Die Dateneingabe und -auswertung in der Studienzentrale wurde maßgeblich koordiniert von Dipl.-Humanbiol. Udo König.

3.2 Behandlung in der Institutsambulanz des Johanniter-Zentrums Neuwied: Therapeutische Rahmenbedingungen

Das Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neuwied bietet teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten für 30 Kinder und Jugendliche im Alter von 6 - 18 Jahren sowie ambulante Diagnostik und Behandlung für Kinder und Jugendliche von 0 – 18 Jahren. Es können alle Störungsbilder und Erkrankungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden. Grenzen der ambulanten und tagesklinischen Behandlung zeigen sich bei hochakuter Psychose, schwerer Selbstmordgefährdung, Drogenabhängigkeit und geistiger Behinderung. Nach ambulanter Diagnosestellung werden Kinder und Jugendliche mit diesen Störungsbildern zur Behandlung an geeignete Einrichtungen, z. B. vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, weitervermittelt.

Das Johanniter-Zentrum besteht aus zwei Abteilungen – die 1991 gegründete Tagesklinik sowie die 1999 gegründete Institutsambulanz – die durch eine gemeinsame ärztliche und geschäftliche Leitung geführt werden.

Der Rechtsstatus der Einrichtung ist eine GmbH in der Trägerschaft des Johanniterordens.

Es besteht ein Pflichtversorgungsauftrag für Stadt und Kreis Neuwied, Landkreis Mayen-Koblenz und Stadt Koblenz. Für die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung hat sich eine Kooperation mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik Bad Neuenahr-Ahrweiler entwickelt. In einzelnen Fällen werden auch Kinder an die Universitätsklinik Marburg/Lahn weiter vermittelt.

Das Zentrum liegt verkehrsgünstig in der Stadt Neuwied, etwa 300 m von der Stadtmitte entfernt, in einer ruhigen Seitenstraße an einem öffentlichen Park (Carmen-Sylva-Garten). Hierdurch ist eine gute Erreichbarkeit sowohl mit Auto als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Busse und Bahn) gewährleistet.

Der erste Kontakt der Patienten zum Johanniter-Zentrum erfolgt nach Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt über eine Vorstellung bei einem Arzt oder Psychologen der Institutsambulanz. Die Hauptbezugspersonen der Patienten nehmen telefonisch Kontakt mit dem Sekretariat auf und melden ihr Kind zur Untersuchung an. Sie bekommen schriftlich einen Termin zur Vorstellung mitgeteilt. Dieser Termin muss von den Eltern innerhalb von 14 Tagen bestätigt werden, sonst wird er an dringliche Fälle vergeben. In der Terminvergabe werden drei Patientengruppen gebildet:

- 1. Normalfall: Wartezeit etwa 4 Monate (+/- 1 Monat)**
2. Dringlicher Fall: wird mit flexibler Wartezeit kurzfristig an nicht bestätigte oder freigebliebene Termine vergeben (z. B. bei mangelnder Beschulbarkeit durch Ängste, Aggressivität, Weglaufen, Automutilation, Essstörungen etc.)
3. Notfall im engeren Sinne (z. B. bei Suizidalität, Fremdgefährdung, akuter Psychose, Essstörung mit kritischem Gewichtsverlust, schwerwiegende traumatische Erlebnisse): wird innerhalb weniger Tage versorgt.

Nach dem Erstgespräch bei dem Haupttherapeuten (Arzt oder Psychologe) wird die weitere Diagnostik und Therapieplanung in die Wege geleitet. Je nach Störungsbild, sozialem Umfeld und Beeinträchtigung der sozial-emotionalen Entwicklung der Patienten werden ambulante,

teilstationäre oder vollstationäre Behandlungen in die Wege geleitet. Pro Jahr werden etwa 100 Kinder in der Tagesklinik des Johanniter-Zentrums behandelt. Etwa 5 % werden vollstationär an externe Kliniken weitervermittelt.

Die Erstuntersuchungen und die weitere Betreuung der Patienten erfolgt durch den Chefarzt, die Oberärztin sowie durch Assistenzärzte und Psychologen.

Nach dem Erstgespräch wird das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen individuell für das Kind oder den Jugendlichen sowie dessen Familie abgestimmt. Das Behandlungsteam der Institutsambulanz setzt sich zusammen aus Ärzten, Diplompsychologen, Ergotherapeuten und Familientherapeuten. Je nach Störungsbild wird ein ambulantes Therapiekonzept im Sinne eines „Mehrkomponentenmodells“ mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt unter Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes des Patienten erstellt. Die fachlich fundierte Behandlung wird durch regelmäßige Konferenzen mit der Oberärztin der Institutsambulanz, in denen die Behandlung abgestimmt wird, sowie durch wöchentliche interne Fortbildungen sichergestellt. Oberärztin und Chefarzt arbeiten direkt in der Patientenversorgung mit und werden bei kritischen Situationen oder spezifischen Fragestellungen hinzu gezogen.

Kooperation

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der Johanniter-Tagesgruppe Neuwied als Jugendhilfeeinrichtung, die eigenständig in räumlicher Nähe untergebracht ist.

Das Zentrum intendiert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen niedergelassenen Praxen und Institutionen des Gesundheitswesens, wo immer es Berührungspunkte für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien gibt. Dazu gehören auch die umliegenden Schulen, Erziehungsberatungsstellen, Gesundheitsämter, schulpsychologischen Dienste, die psychiatrischen und pädiatrischen Kliniken und Abteilungen. Die Stadt Neuwied zeichnet sich aus durch eine Vielzahl an öffentlichen Schulen. Neben Grund-, Haupt- und Realschulen sowie berufsbildenden Schulen befinden sich in teils unmittelbarer Nähe der Einrichtung zwei Gymnasien sowie Sonderschulen für Kinder mit Lernproblemen und sozial-emotionalen Problemen, eine Gerhörlosenschule, das Landeszentrum für Sehbehinderte, eine Schule für Kinder mit Körperbehinderungen und eine Sprachheilschule.

Mit der nahe gelegenen Kinderklinik in Neuwied sowie mit der Kinderklinik Kemperhof in Koblenz besteht eine enge Kooperation. Im Konsiliardienst werden hier u. a. Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Störungen und Zuständen nach Selbstmordversuch betreut.

Daneben werden regelmäßige Kolloquien mit verschiedenen Institutionen, z. B. der Jugendgefährdetenhilfe der Caritas Koblenz angeboten, um fachspezifische Fragen zu erörtern und insbesondere für schwerwiegend auffällige Jugendliche praxisnahe Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Gut entwickelt hat sich im Rahmen der Institutsambulanz die Möglichkeit einer intensiven Betreuung des Evangelischen Kinder- und Jugendheimes Neuwied-Oberbieber einschließlich seiner Wohn- und Familiengruppen sowie des Kinderheimes in Vallendar. Durch einen aufsuchenden kinder- und jugendpsychiatrischen sowie klinisch-psychologischen Dienst soll dem gemeindepsychiatrischen Ziel einer besseren Vernetzung und Krisenintervention auch im Sinne der Rezidivprophylaxe Rechnung getragen werden.

Diagnostische Möglichkeiten

Zentrale Bestandteile der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychologischen Untersuchung und Therapie stellen im Behandlungsprozess die Bereiche Anamnese sowie eine ausführliche Diagnostik dar. Beides dient dazu, gemeinsam mit dem Patienten und dessen familiärem Umfeld individuelle Behandlungs- und Therapieziele zu formulieren.

Möglichkeiten der Diagnosestellung bilden neben der qualifizierten Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese) und Genese (Entwicklung) der Symptomatik die Verhaltensbeobachtung respektive klinische Einschätzung in der Untersuchungssituation, die neurologische Untersuchung und das EEG (Elektroenzephalogramm), um differenzialdiagnostisch neurologisch-funktionelle Erkrankungen und Störungsbilder auszuschließen bzw. zu erkennen; die Verhaltensanalyse, sowie die testpsychologische Untersuchung inklusive Lern- und Leistungsüberprüfung. Die Ergebnisse der Voruntersuchungen der überweisenden Ärzte und Kliniken werden, ebenso wie Verhaltensbeobachtungen des gesamten sozialen Umfeldes des Kindes (Familie, Schule, Kindergarten, Freizeitbereich u. a.), systematisch in die Diagnosestellung mit eingebunden, um so relevante Entwicklungsauffälligkeiten und psychosoziale Belastungen des Kindes oder

Jugendlichen zuverlässig erfassen zu können, andererseits jedoch auch um die Bewältigungsstrategien des Patienten und seiner Familie besser einzuschätzen.

Therapeutische Ausrichtung

Kernstück der therapeutischen Arbeit ist eine problembezogene, am Kind und der Familie orientierte Vorgehensweise, die neben der psychotherapeutischen Arbeit alle ärztlich-psychologischen und pädagogischen Bemühungen um unsere Patienten berücksichtigt.

Ein Schwergewicht dieses multimodalen Ansatzes bildet die Verhaltenstherapie unter starker Berücksichtigung und Einbeziehung des familiären Bezugssystems. Diese Behandlungsform beinhaltet eine Vielzahl empirisch überprüfter Techniken und Therapieformen, welche den Selbstheilungskräften und Bewältigungsstrategien (Coping) sowie entwicklungsschützenden Faktoren (protektive Faktoren) Rechnung trägt.

Die Verhaltenstherapie berücksichtigt in besonderem Maße, dass kindliche und jugendliche Verhaltensstörungen das Ergebnis ineinandergreifender komplexer Lern- und Reifungsvorgänge darstellen. Sie umfasst neben der Anwendung verhaltenstherapeutischer und verhaltensmedizinischer Erkenntnisse und Vorgehensweisen die Möglichkeit zur Verflechtung mit pädagogischen, familienbezogenen und hypnotherapeutischen Techniken sowie Einbeziehung der Psychopharmakotherapie.

Aspekte des sozialen Lernens wie auch der Entwicklungscharakter kindlicher und jugendlicher Verhaltensstörungen finden vermehrte Berücksichtigung. Die Einbeziehung tiefenpsychologischer und familientherapeutischer Behandlungsstrategien komplettiert dieses an der Verhaltensmedizin orientierte konzeptionelle Gesamtverfahren. In der Elternarbeit findet die auf das familiäre Bezugssystem ausgerichtete Verhaltenstherapie ihren hauptsächlichen Anwendungsrahmen. Dabei steht das Kind mit seinen Schwierigkeiten und Problemen ebenso im Vordergrund wie die um Hilfe suchenden Eltern und Bezugspersonen im Umfeld des Kindes.

Über die Institutsambulanz ist eine regelmäßige Nachsorge der Patienten nach der Entlassung aus der tagesklinischen Behandlung gewährleistet. In ausgewählten Fällen besteht die Möglichkeit, die Nachsorge durch die zuvor in der Behandlung tätigen Therapeuten auszuüben, wodurch die Beziehungskontinuität erhalten bleiben kann. Die Institutsambulanz

eröffnet so nicht nur die Möglichkeiten der Vorschuldiagnostik, sondern verbessert eine längere Reintegration der Patienten zur Rezidivprophylaxe.

Die behandelnden Ärzte, Psychologen und Fachtherapeuten bieten je nach Störungsbild individuell bedarfsgerechte Untersuchungs- und Behandlungsgespräche an, welche die Bearbeitung nachfolgender Zielsetzungen Patienten orientiert beinhalten:

- Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühles
- Erlangung einer kognitiven und emotionalen Stabilität
- Förderung von Selbstvertrauen und Eigeninitiative
- Verbesserung schulischer Leistungen und damit verbunden angemessene Beschulung
- Erwerb von sozialen und kommunikativen Kompetenzen
- Erlernen einer realistischen Einschätzung des eigenen Verhaltens auf andere (Kinder, relevante erwachsene Bezugspersonen etc.)
- Entwicklung einer realistischen Lebensplanung (Umfeld orientiert)
- Elternberatungen / Familiengespräche

Die Zusammenarbeit mit der Familie und den Angehörigen ist integraler Bestandteil der therapeutischen Arbeit innerhalb der Institutsambulanz. Hinzu kommt die Einbeziehung weiterer Bezugspersonen wie Lehrer, Mitarbeiter/Innen des Jugendamtes etc., sofern dies erforderlich wird.

Über ambulant angebotene Entspannungstrainings (z.B. Autogenes Training, imaginative Verfahren, Progressive Muskelrelaxation, Hypnose), werden den Patienten Hilfestellungen zur Impulskontrolle gegeben. Spezifische Gruppenangebote bestehen zudem für Kinder mit hyperkinetischen Störungen, mit Konzentrationsstörungen, schwerer Legasthenie mit neurofunktionellen Störungen, Essstörungen, sowie für jugendliche Mädchen mit emotionalen Störungen, auch mit Automutilationen. Neben einer ergotherapeutischen Sportgruppe sowie einem Gruppenprogramm für Kinder mit feinmotorischen Störungen werden Patienten in einer Gruppe zur Stärkung sozialer Kompetenzen und zur Stressbewältigung betreut. Eine frühe Regulation einer schwierigen Mutter-Kind-Interaktion wird durch eine spezifische Mutter-Kind-Intensivgruppe angestrebt. Nach der Entlassung aus der Tagesklinik besteht das Angebot einer ambulanten Gruppenbehandlung zur Förderung der sozialen Integration.

Seit 2004 werden zudem störungsspezifische Elterngruppen (Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen) angeboten. Diese

werden therapeutisch geleitet und finden in einer geschlossenen Gruppe in dreiwöchigen Abständen statt.

Zusätzlich zur Institutsambulanz besteht im Rahmen der Ermächtigung des Leitenden Arztes weiterhin das Angebot einer ambulanten Verhaltenstherapie und Psychotherapie, der speziellen neuropsychiatrischen Untersuchung und des EEG.

Daneben können über Ermächtigungen von leitenden Mitarbeitern Kinder und Jugendliche, vereinzelt auch Heranwachsende bis zum Alter von 25 Jahren, einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder einer Verhaltenstherapie zugeführt werden.

Behandlungsschwerpunkte

Es zeigen sich Behandlungsschwerpunkte im Bereich der hyperkinetischen Syndrome, der oppositionellen Verhaltensstörungen, aggressiven Sozialstörungen, Teilleistungsstörungen wie Legasthenie und Dyskalkulie, sofern ihnen im Zusammenhang mit schulischer und allgemeiner Entwicklungsgefährdung Krankheitswert zukommt. Ein weiteres Spezifikum bildet die Behandlung schwerer depressiver und psychotischer Erkrankung sowie die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Selbstmordgefährdung.

Aktuelle Entwicklungen

Eine Erweiterung des bestehenden ambulanten und tagesklinischen Therapieangebotes durch eine vollstationäre Versorgung ist inzwischen durch die Landesregierung zugesagt. Ab März 2009 werden 20 vollstationäre Behandlungsplätze im Rahmen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrums in direkter Nachbarschaft etabliert. Sechs Behandlungsplätze sind im Rahmen einer „geschützten“ Station geplant, um akut gefährdete Kinder und Jugendliche aus dem Großraum Neuwied – Koblenz gemeindenah versorgen zu können. Durch diese Möglichkeit kann bei Kindern und Jugendlichen, die eine umfassendere Betreuung benötigen, ohne Wechsel der Institution eine familiennahe Betreuung erfolgen.

3.3 Methoden der Datenerhebung

Von April 2004 bis September 2004 wurden sukzessive insgesamt 128 Patienten in die Studie aufgenommen. Systematisch wurden validierte Erhebungsinstrumente eingesetzt. Nachfolgend werden die verwendeten Erhebungsmethoden, die Realisierung und Umsetzung der Datenerhebung und –auswertung sowie die Methoden der Auswertung beschrieben.

Die Datenerhebung stützte sich auf das „Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS)“ von Remschmidt & Mattejat (2007, in Vorbereitung). Dieses wurde an die Bedingungen des Johanniter-Zentrums Neuwied angepasst in der in Tabelle 3.1 zu ersiehenden Form.

Tab. 3-1: Erfasste Bereiche und Erhebungsmethoden

Erfasste Bereiche:	Methoden / Erhebungsinstrumente:
Rahmenangaben zum Patienten, seiner Lebenssituation und der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation
Einfache Ratings zum Behandlungserfolg, zur Kooperation und Behandlungszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Ratings in der Basisdokumentation
Spezielle Instrumente zur Erfassung der drei Hauptbereiche: <ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologie / psychiatrische Symptomatik: • Lebensqualität / Funktionsniveau: • Behandlungszufriedenheit: 	<ul style="list-style-type: none"> • MSR, Basisdokumentation, CBCL • ILK (Kinder- und Jugendliche, Eltern, Therapeuten) MAS 6. Achse (Globalbeurteilung) • FBB (Jugendlichenversion, Elternversion, Therapeutenversion)

Einige der Daten wurden im Rahmen der allgemeinen klinischen Untersuchung erhoben, andere, vor allem standardisierte und halbstandardisierte Instrumente, wurden speziell im Rahmen der Studie eingesetzt. Eine Übersicht über die eingesetzten Instrumente, zugeordnet zu den Messzeitpunkten und den Datenquellen, findet sich in der nachfolgenden Tabelle.

Tab. 3-2: Überblick über Erhebungszeitpunkte und – instrumente

Erhebungszeitpunkte und Datenquellen	T1	T2	T3	T4
Objektive Daten	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht 	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdaten 	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdaten 	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdaten • Komplette KJP-BADO
Subjektive Daten des Therapeuten		<ul style="list-style-type: none"> • MAS-Diagnose • Psychopath. Befund (KJP-BADO) • MSR • ILK-Therapeut 	<ul style="list-style-type: none"> • MAS-Diagnose • Psychopath. Befund (KJP-BADO) • MSR • ILK-Therapeut 	<ul style="list-style-type: none"> • MAS-Diagnose • Psychopath. Befund (KJP-BADO) • MSR • ILK-Therapeut • FBB-Therapeut
Subjektive Daten der Hauptbezugsperson	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL • ILK-Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL • ILK-Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL • ILK-Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL • ILK-Eltern • FBB-Eltern
Subjektive Daten des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • ILK-Kinder (ab 6 Jahre), Jugendliche (ab 12 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> • ILK-Kinder (ab 6 Jahre), Jugendliche (ab 12 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> • ILK-Kinder (ab 6 Jahre), Jugendliche (ab 12 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> • ILK-Kinder (ab 6 Jahre), Jugendliche (ab 12 Jahre) • FBB-Jugendliche

Im Anschluss werden die verschiedenen Erhebungsinstrumente vorgestellt. Die entsprechenden Fragebögen sind im Anhang zu finden.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation

Die Kommission „Qualitätssicherung“ der drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie entwickelte eine Basisdokumentation (BADO), deren Kern das Multiaxiale Klassifikationsschema (Remschmidt, Schmidt, Poustka 2006), eine Screening-Version der psychopathologischen Befunddokumentation (PSYBES: Döpfner et al., 1993, 1997) und eine neu entwickelte Leistungsdokumentation bilden.

Die Dokumentation beinhaltet 12 Abschnitte mit 107 obligatorischen und 13 fakultativen Items. Die BADO ist inklusive des Glossars über die Homepage der Bundesverbände zu beziehen und findet zunehmend stärker Verbreitung im klinischen Bereich (http://www.bkjpp.de/files/BADO_GLO_3.PDF).

Validitätsprüfungen finden sich in der Pilotstudie von Englert et al. (1998). Es zeigten sich im psychopathologischen Befund bedeutsame Schweregradunterschiede zwischen ambulanten und stationären Patienten. Für verschiedene Störungsbilder fanden sich charakteristische Symptomprofile.

In unserer Untersuchung wurden zu allen Messzeitpunkten, zu denen Patienten gesehen wurden, Teil 3 (psychopathologischer Befund) und Teil 5 (MAS-Diagnose) vom Haupttherapeuten ausgefüllt. Zum letzten Messzeitpunkt wurde die gesamte Basisdokumentation ausgefüllt. Um eine zuverlässige Dokumentation zu gewährleisten, wurden die Therapeuten gemäß des Glossars (Englert et al., 1996) in die Dokumentation eingewiesen. Fragen wurden in nachfolgenden Kolloquien erörtert.

Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) der KJP-BADO (Abschnitt 5)

Die multiaxiale Diagnostik beruht auf der ICD-10 der WHO. Sie berücksichtigt durch die mehrdimensionale Betrachtungsweise über sechs Achsen eine differenzierte und den Kindern und Jugendlichen angemessene Klassifikation (5. Auflage; Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Achse V (Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) und Achse VI (Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung) wurden zum Zeitpunkt T2, T3 und T4 erfasst.

Psychopathologischer Befund

Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation liegt ein standardisiertes Verfahren, das Psychopathologische Befundsystem für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1993) vor. Die 17 Subskalen werden mit 4 Ratings abgebildet (1 bis 3; 9 = nicht beurteilbar). Analog zur Auswertung des Marburger Symptomratings (MSR) wurden aus den Bewertungen der 17 Symptombereiche durch die Therapeuten Symptomsummen gebildet, die im Verlauf des Erhebungszeitraumes von T2 bis T4 verglichen wurden.

Das Marburger Symptomrating (MSR)

Die Therapeuten beurteilten zu jedem Messzeitpunkt den psychopathologischen Befund - neben den Angaben in der Basisdokumentation - mit dem Marburger Symptomrating (MSR) nach Mattejat & Remschmidt (2005). Brandenbusch (1995) überprüfte das MSR testmetrisch. Das MSR enthält 22 Symptombereiche, die durch cluster- und faktorenanalytische Auswertungen aus einer 87 Items umfassenden Symptomliste definiert wurden. Jedes Item

wurde auf einer fünfstufigen Skala von 0 bis 4 eingeschätzt. Die entsprechenden 22 Skalen sind bezüglich ihrer Ratingpunkte inhaltlich beschrieben (Mattejat & Remschmidt, 2005). Die ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter wurden mit dem Glossar vertraut gemacht, so dass die Abstufung für jedes Item zuverlässig erfolgen konnte.

Für die Auswertung wurde folgendermaßen vorgegangen: Bei höchstens minimalen Auffälligkeiten, also Bewertungen mit 0 oder 1, wurden diese als klinisch nicht relevant eingeschätzt. Rating 2, 3 oder 4 wurden als klinisch relevant angenommen.

Tab. 3-3: Ratings und Verankerungen des MSR

0	Nicht vorhanden	Normalbereich
1	Minimal vorhanden	
2	Leicht vorhanden	Abweichend / Auffällig
3	Deutlich vorhanden	
4	Schwer vorhanden	
9	Information fehlt	Fehlender Wert

Zur genaueren Analyse wurden drei so genannte „Dichotomisierungen“ vorgenommen:

- Dichotomisierung A beinhaltet alle Auffälligkeiten, also alle, die > 0 bewertet wurden.
- Dichotomisierung B beinhaltet alle klinisch relevanten Auffälligkeiten, also alle, die > 1 bewertet wurden.
- Dichotomisierung C beinhaltet alle schwerwiegende Auffälligkeiten, also alle, die >2 bewertet wurden.

Im Ergebnis konnte so für jedes Kind ein Symptomprofil erstellt werden. Zudem wurde durch eine Aufsummierung aller Werte der 22 Skalen die jeweilige Symptomsumme ermittelt.

Child Behavior Checklist (CBCL)

Als Fragebogenverfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen hat sich die von Achenbach und Edelbrock (1983) entwickelte und 1991 von Achenbach überarbeitete Child Behavior Checklist bewährt und wird weltweit als der am

besten untersuchte Fremdbeobachtungsbogen bewertet. Die Fragebögen erfassen die Einschätzung von Eltern über Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Auffälligkeiten für den Altersbereich von 4 bis 18 Jahren. Zwischen den Informanten (Vater, Mutter) und besonders zwischen Eltern und Jugendlichen bestehen oft erhebliche Unterschiede im Rating der Symptomlisten und in der Beschreibung der Kompetenzen (Achenbach et al. 1987; Seiffge-Krenke & Kollmar 1998; Ende & Verhulst, 2005). Die von uns verwendeten deutschen Versionen wurden von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist veröffentlicht (1998). Diese Fragebögen wurden zu allen Messzeitpunkten (T1, T2, T3 und T4) an die Eltern ausgegeben.

In der Auswertung können acht Problemskalen sowie drei übergeordnete Skalen, nämlich ein Gesamtscore und zwei weitere Syndromskalen (internalisierende / externalisierende Auffälligkeiten) gebildet werden. Für die übergeordneten Skalen des liegen geschlechtsspezifische Normen für Kinder im Alter zwischen vier und elf Jahren sowie für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren vor (Remschmidt & Walter, 1990; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998; Döpfner et al. 1998). In der Normierung des CBCL-Fragebogens wurden 2368 Kinder einer nicht-klinischen Stichprobe berücksichtigt. In mehreren Studien der Arbeitsgruppe wurden zufrieden stellende interne Konsistenzen ermittelt. Die faktorielle Validität des Instrumentes wurde weitgehend bestätigt und die Validität anhand verschiedener Kriterien belegt (Döpfner et al. 1997b).

Tab. 3-4: Skalen der Child Behavior Checklist (CBCL)

Tab. 3-4: Skalen der Child Behavior Checklist (CBCL)		
Sozialer Rückzug	Internalisierende Störungen	Gesamtscore
Körperliche Beschwerden		
Angst/ Depressivität		
Delinquentes Verhalten	Externalisierende Störungen	
Aggressivität		
Aufmerksamkeitsstörungen		
Soziale Probleme		
Schizoid-zwanghaftes Verhalten		
Andere Probleme		

Als Maß für die Symptombelastung wurde der Gesamtscore sowie die Summenscores internalisierende / externalisierende Auffälligkeiten verwendet. Der Gesamtscore (T-Wert) diente als wichtiges Kriterienmaß zur Überprüfung der beiden Hypothesen der Untersuchung. Die Rohwerte der Subskalen wurden als Mittelwerte dargestellt, obwohl bei diesen die Stabilität der Faktorenstruktur fraglich ist (Hartmann et al. 1999).

Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen

Traditionell wurden in der Medizin Erfolgskriterien der Behandlung in einer Reduktion der Symptomausprägung und der Mortalitätsrate gesehen. Zunehmend traten in den letzten Jahrzehnten Fragen nach anderen Kriterien auf, wie die Fragen nach der Funktionsfähigkeit im Alltag und dem subjektiven Wohlbefinden. Subjektive Beeinträchtigungen unter körperlichen, psychischen oder sozialen Aspekten bilden sich in einer verminderten Lebensqualität ab (Ravens-Sieberer et al. 2002). Zunächst mehr bezogen auf den somatischen Bereich, wurden Instrumente zur Messung der Lebensqualität wie der KINDL (Bullinger et al. 1994) entwickelt. Um den spezifischen Anforderungen der psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gerecht werden zu können, entwickelten Mattejat & Remschmidt (1998) ein ökonomisches und praktikables Instrument zu Messung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK). Aufbauend auf dem von Mattejat et al. (2003 a, b) beschriebenen Konzept wurden nachfolgende Skalen als Fragebögen für Eltern, Kinder (6-11 Jahre) und Jugendliche (ab 12 Jahre) sowie ergänzende Bögen für Therapeuten entwickelt.

(1)	Schule
(2)	Familie
(3)	Freunde (soziale Kontakte zu Gleichaltrigen)
(4)	Alleine (Interessen und Freizeitgestaltung)
(5)	Gesundheit (körperliche Gesundheit)
(6)	Nerven / Laune (psychische Gesundheit)
(7)	Alles zusammen (Gesamtbeurteilung der Lebensqualität)
<i>Zusatzitems für Patienten:</i>	
(8)	Probleme/Krankheit (Belastung durch die aktuelle Erkrankung)
(9)	Untersuchung/Behandlung (Belastung durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen)
<i>Zusatzitems für Patienteltern:</i>	
(10)	Belastung der Eltern durch die Probleme/Krankheit des Kindes
(11)	Belastung der Eltern durch die Untersuchung/Behandlung des Kindes

Abb. 3-2: Skalen des Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK)

Die Eltern, Kinder und Therapeuten gaben ihr Rating auf einer 5-stufigen Skala (sehr gut, eher gut, teils/teils, eher schlecht, sehr schlecht) an.

Neben der Auswertung auf Einzel-Item-Ebene wurden die Ratings nach folgendem Muster dichotomisiert:

„Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht?“				
Sehr gut	Eher gut	teils/teils	eher schlecht	sehr schlecht
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kein Hinweis auf ein Problem		Hinweis auf ein Problem		

Abb. 3-3: Dichotomisierung des ILK, anhand des Beispiels „Schule“

Bei einem Rating von teils/teils oder schlechter wurde davon ausgegangen, dass eine Beeinträchtigung der Lebensqualität in diesem Bereich vorlag. Daneben konnten verschiedene Problemscores gebildet werden.

Vergleichs- und Normdaten für Prozentrangnormen und Problemscores liegen für Kinder- und Elternangaben einer stationär-klinischen und für zwei repräsentative nicht-klinische Stichproben vor. Die Normwerte und Auswertungsrichtlinien sowie die Gütekriterien des ILK sind über die Testzentrale des Hogrefe-Verlages (Huber, Bern) zu erhalten (Mattejat & Remschmidt, 2006a). Repräsentative Normwerte wurden aus der Allgemeinbevölkerung und anhand von Schülerstichproben gewonnen. Außerdem existieren Vergleichswerte aus kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Polikliniken und aus kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen. Aus Schulstichproben wurden 9.327 Kinder und Jugendliche und 1.122 Eltern gewonnen, aus klinischen Stichproben 620 Kinder und Jugendliche sowie 599 Eltern.

Demnach liegen die internen Konsistenzen (Cronbachs- α) des Lebensqualitätsscores LQ 0-28 zwischen .547 und .629 bei den Kinder- und Jugendlichenangaben, also insgesamt im eher mäßigen Bereich. Die Retest-Reliabilitäten (2 bis 6 Wochen) liegen für den Gesamtscore zwischen $rtt = .60$ und $rtt = .80$. Dies besagt, dass die Bewertungen einer Person in den verschiedenen Lebensbereichen unterschiedlich ausfallen kann. Dies wiederum entspricht dem mehrdimensionalen Konzept der Lebensqualität, das darauf beruht, dass sich die Lebensqualität bereichs- und situationsspezifisch unterschiedlich darstellen kann. Die Retest-Reliabilitäten zeigen auf den einzelnen Skalen mittlere zeitliche Stabilität, was eine

Auswertung auch auf Einzelskalenebene ermöglicht. Zur Validität sei auf die Untersuchungen von Ravens-Sieberer & Bullinger (1998), im Vergleich mit KINDL, sowie den Angaben zum Vergleich von einer repräsentativen Schuluntersuchung mit einer psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation im kjp-Qualitätsprojekt (Mattejat et al. 2006b) verwiesen.

Zu allen Messzeitpunkten wurden die Eltern- und Kinder-/Jugendlichenbögen eingesetzt. Der Therapeutenbogen konnte nicht bei Messzeitpunkt T1 eingesetzt werden, da diese Erhebung postalisch erfolgte und der Patient zu diesem Zeitpunkt nicht vorstellig war. Die Eltern- und Kinder-/Jugendlichenbögen wurden als wichtiges Kriterienmaß zur Überprüfung der beiden Hypothesen verwendet, da diese an allen 4 Messzeitpunkten eingesetzt wurden.

Fragebogen zur Beurteilung des Behandlung (FBB)

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) ist ein von Mattejat & Remschmidt (1993) entwickeltes und über die Testzentrale des Hogrefe-Verlages Göttingen (Mattejat & Remschmidt 1998a) zu beziehendes Instrument zur Therapieevaluation und zur Qualitätssicherung bei Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Unabhängig von der Therapieform kann mit dieser Fragebogenbatterie die subjektive Versorgungsqualität erfasst werden. Angewandt wurde die Kurzversion des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB-K), die auf den Internetseiten der Marburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie veröffentlicht ist (<http://www.kjp.uni-marburg.de/eval/download/fbb-kurz-boegen.pdf>). Eltern, Jugendliche ab 12 Jahre und Therapeuten können ökonomisch und schnell anhand von sieben (Patienten), elf (Eltern) bzw. 15 (Therapeuten) Items Aussagen zur Ergebnis- und Prozessqualität (Behandlungserfolg und Behandlungsverlauf) auf einer Skala von 0 bis 4 machen.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt, für die verschiedenen Fragebogenversionen mit ihren Subskalen, im Mittel über $\alpha = .80$. Die Retestreliabilität der drei Fragebogenversionen bewegt sich zwischen $r = .68$ und $r = .77$ (Testwiederholungszeitraum ca. 17 Monate). Es liegen ausführliche Untersuchungen zur faktoriellen Struktur und anderen Beurteilungsmaßen vor. Der Test ist seit 1999 in Anwendung.

Der FBB-K wurde zum Messzeitpunkt T4 nach 1 Jahr Behandlung eingesetzt. Für die Auswertung wurden die Mittelwerte mit der jeweiligen Standardabweichung der verschiedenen Subskalen gebildet.

Realisierung des Qualitätsprojektes

Alle Patienten und deren Eltern, die sich im Erhebungszeitraum von April 2004 bis September 2004 zur ambulanten Behandlung anmeldeten und nicht dringlich oder notfallmäßig versorgt werden mussten, wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Folgende Schritte wurden im Laufe der Beobachtungszeit durchgeführt:

- (1) Information, Einverständnis zur Studienteilnahme, Bildung der Wartekontrollbedingung: Bei Anmeldung zur Untersuchung in der Institutsambulanz wurden die Patienten und deren Eltern per Post über das Projekt informiert und erhielten ein Informationsblatt. Zudem wurden erste Erhebungsbögen versandt. Ein frankierter Rückumschlag lag bei. Bei Einverständnis der Familien leitete das Sekretariat den Namen an die koordinierende Person in der Ambulanz weiter, die im geschützten Intranet-Bereich eine Verlaufsliste führte. Die Erhebungsbögen wurden vom zuständigen Arzt oder Psychologen ausgewertet. Das Sekretariat war verantwortlich für die Listeführung der versandten und erhaltenen Bögen.
- (2) Zum Zeitpunkt des Erstgespräches erhob der Therapeut die in Tab. 3-2 aufgeführten Daten. Diese wurden in Kopie an den verantwortlichen Koordinator der Ambulanz weitergeleitet, der diese auf Vollständigkeit überprüfte und in die Verlaufsliste eintrug.
- (3) Sechs Monate (+/- vier Wochen) nach dem Erstgespräch in der Ambulanz wurden die Patienten und deren Eltern zur zweiten Erhebung eingeladen. Der Ablauf entsprach Punkt 2.
- (4) Zwölf Monate (+/- vier Wochen) nach dem Erstgespräch erfolgte die letzte Erhebung; im Ablauf genauso wie im vorigen Abschnitt beschrieben. Zu diesem Zeitpunkt wurde zusätzlich die Behandlungszufriedenheit der Patienten, der Eltern und der Therapeuten durch den FBB erfasst sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation inklusive der Daten zur erfolgten Therapie und der weiteren Empfehlungen vervollständigt.
- (5) Die kopierten Auswertungsbögen wurden gesammelt, in der Studienzentrale durch eine wissenschaftliche Hilfskraft verschlüsselt eingegeben und gespeichert, so dass ein anonymisierter Datensatz mit Schlüsselliste vorlag.

Umsetzung in der Studienzentrale in Marburg

In der Studienzentrale waren folgende Arbeitsbereiche wesentlich:

- (1) Vorarbeiten: Der Arbeitsaufwand für Entwicklungsarbeiten umfasste die Einarbeitung in das Thema „Therapieevaluation“, die Erstellung der Dateien zur elektronischen Datenverarbeitung, die Entwicklung und Überprüfung der Auswertungssysteme für qualitative Daten sowie die Entwicklung, Erprobung und Optimierung des Ablaufschemas. Hierbei konnte auf die Erfahrungen in ähnlichen Projekten (z. B. kjp-Qualitätsprojekt, Evaluation des stationären und teilstationären Bereiches der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik der Philipps-Universität Marburg) zurückgegriffen werden, so dass sich der Arbeitsaufwand reduzieren ließ.
- (2) Dateneingabe und –weiterverarbeitung: Für die Dateneingabe wurden 600 Stunden á 10,00 € (82 Monatsstunden über 7 Monate für eine wissenschaftliche Hilfskraft) benötigt. Insgesamt wurden für die Dateneingabe und -weiterverarbeitung der tagesklinischen und ambulanten Daten 6.000,00 € veranschlagt.
- (3) Allgemeine Projektarbeiten (Kommunikation mit dem Johanniter-Zentrum, organisatorische und verwaltungstechnische Arbeiten). Auch bei diesem Punkt konnten die Erfahrungen der Studienzentrale eingebracht werden, so dass der Arbeits- und Kostenaufwand möglichst gering gehalten werden konnte.

Auswertung – Darstellung der Methoden

Zur statistischen Auswertung wurden Version 6 des Programmpaketes SAS (SAS Institute Inc., 1989) und Module des Programmpaketes SPSS (SPSS Inc., 1997 & 1999) verwendet. Die Auswertung beinhaltete eine Abfolge von mehreren Schritten, die von allgemeinen, mit einfachen statistischen Methoden zu bearbeitende Fragestellungen hin zu spezielleren Auswertungen im Rahmen der Verlaufsbeobachtung mit Eigenkontrollgruppe führte.

Die Stichprobenbeschreibung der Inanspruchnahmepopulation erfolgte rein deskriptiv durch einfache statistische Kennwerte wie Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte und Standardabweichungen.

Die Deskription und Bewertung von Veränderungen, die eine zentrale Fragestellung der Studie waren, musste der Art des Datenmaterials Rechnung tragen. Hier handelte es sich

überwiegend um nominale bzw. kategoriale Daten sowie um Daten auf ordinalem Niveau. Erhebungen, die zu zwei Zeitpunkten an derselben Gruppe vorgenommen werden, sind Messungen an abhängigen Stichproben. Zur Beschreibung der Veränderungen wurden einerseits deskriptive Maße wie paarweise Mittelwertsvergleiche und Häufigkeitsverteilungen verwendet. Auf Grund der Art der Daten kamen ausschließlich der Wilcoxon-Rangdaten- und der McNemar-Test zur Anwendung. Durch den paarweisen Vergleich der Daten von jeweils zwei Messzeitpunkten konnte eine detaillierte, explorative Verlaufsbeschreibung erfolgen. Auf eine Korrektur des α -Fehler-Niveaus, die sonst bei Mehrfachtestungen sinnvoll ist, konnte wegen des explorativen Charakters der Berechnungen verzichtet werden. Ordinalskalierte Daten wurden mit Hilfe des Wilcoxon-Rangdaten-Tests, dichotome Variablen mit dem McNemar-Test überprüft. Der Wilcoxon-Rangdaten-Test wurde auch bei intervallskalierten Daten (z.B. den Symptomsummen des Marburger Symptomratings) verwendet, da nicht alle Voraussetzungen für Testverfahren auf höherem Skalenniveau (z. B. Normalverteilung) als gegeben angesehen werden können.

Zur Überprüfung der Hypothese 1 („Im Beobachtungszeitraum zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung in der Psychopathologie und in der Lebensqualität der Patienten“) fiel die Entscheidung auf parametrische Tests, da die Zielkriterien intervallskaliert waren mit einer annähernd symmetrischen Verteilung. Die Varianzanalyse mit Messwiederholungen (4 Messzeitpunkte) gemäß der SPSS-Prozedur „Allgemeines lineares Modell“ wurde gewählt, da diese relativ robust gegenüber geringfügigen Verletzungen der Testvoraussetzungen ist. Insgesamt wurden drei Rechnungen, je eine für jede KriterienvARIABLE (CBCL, ILK-Eltern, ILK-Kinder/Jugendliche) erstellt.

Zur Überprüfung der Hypothese 2 („Die ambulante Behandlung ist wirksam“) wurden für die drei Kriterienmaße CBCL, ILK-Eltern und ILK-Kinder/Jugendliche einfache Differenzwerte zwischen den Messzeitpunkten gebildet. Die Überprüfung erfolgte durch abhängige t-Tests.

Die praktische Bedeutsamkeit und das Ausmaß der Veränderungen wurden über die Berechnung von Prä-Post-Effektstärken erfasst. Die Effektstärke (ES) als Maß für die praktische Bedeutsamkeit eines experimentellen Effektes erlangte in den letzten Jahrzehnten in der Psychotherapieforschung zunehmende Bedeutung (Bortz & Döring 2006, Remschmidt & Mattejat 1997, Grawe et al. 1994, Kazdin 2003).

4 Stichprobe

Bei der Erfassung der Ergebnisqualität ist die Datenerhebung mit der Möglichkeit der systematischen Verzerrung verbunden, insbesondere bei niedriger Ausschöpfungsquote bei der Stichprobengewinnung (Mattejat [Hrsg.], 2006a; Merod & Petermann, 2006). Der Frage der Stichprobengewinnung und der genauen Beschreibung der Stichprobe und des Drop-outs kommt daher zur Beurteilung der Untersuchung eine große Bedeutung zu. Insbesondere Studien zur Wirksamkeit in ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen sind auf Grund eines höheren Drop-outs schwierig zu realisieren (Di Gallo et al., 2002).

In der Institutsambulanz wurde von Beginn an ein Kontrollgruppen-Design mit einer Wartekontrollbedingung (Eigenkontrollgruppe) geplant. Hierzu nutzte man den regulären Ablauf, bei dem die „Normalgruppe“ der Patienten, also die, die nicht notfallmäßig oder sehr dringlich gesehen werden mussten, eine Wartezeit von etwa 3 – 4 Monaten aufwiesen. Zur Gewinnung der Kontrollgruppe nahm man konsekutiv alle regulär angemeldeten Patienten in die Studie auf.

Alle Patienten der „Normalgruppe“, d. h. mit einer Wartezeit zum Erstgespräch über 4 Wochen bis 4 Monaten, die im Zeitraum vom 30.04.2004 bis zum 01.09.2004 telefonisch um einen Erstvorstellungstermin ersuchten, wurden gemäß ihrer Anmeldung sukzessive, unausgelesen und vollständig angeschrieben und zur Teilnahme an der Studie aufgefordert (N=324). Erste Erhebungsbögen wurden zugesandt (Zeitpunkt T1 der Untersuchung). Es wurden Listen der Patienten geführt, die angeschrieben wurden. Der Rücklauf der Bögen wurde ebenfalls mittels Listenführung dokumentiert. Die Patienten, die tatsächlich zur Vorstellung gelangten, waren mittels des vorhandenen Krankenhausinformationssystems zu ermitteln (N=173).

Der erste rekrutierte Patient kam am 07.05.2004, der letzte am 15.02.2005 zum Erstgespräch (Zeitpunkt T2 der Untersuchung). Die letzte Messung (ein Jahr nach dem Erstgespräch) fand am 15.02.2006 statt.

Im Rekrutierungszeitraum wurden 173 Patienten zum Erstgespräch gesehen. Dieses Klientel nannte man „Erstgesprächstichprobe“. 128 Patienten davon konnten für die Studie gewonnen werden. Hierfür war erforderlich, dass diese im Vorfeld angeschrieben werden konnten, so dass mindestens vier Wochen vor dem ersten Termin Fragebögen von den Eltern und Jugendlichen ausgefüllt und an die Ambulanz zurückgesandt wurden. Die Teilstichprobe

dieser Patienten definierte man als „Studienstichprobe“. 6 Monate nach dem Erstgespräch fand die 3. Erhebung statt. Hierzu konnten 75 Patienten gewonnen werden. 12 Monate nach dem Erstgespräch gelangten 46 Patienten zur 4. Erhebung. Diese wurden als „Analysestichprobe“ bezeichnet. In einer klinischen Studie ist dieser Drop-out ein häufiges Problem (weiteres hierzu siehe Kapitel 6.3).

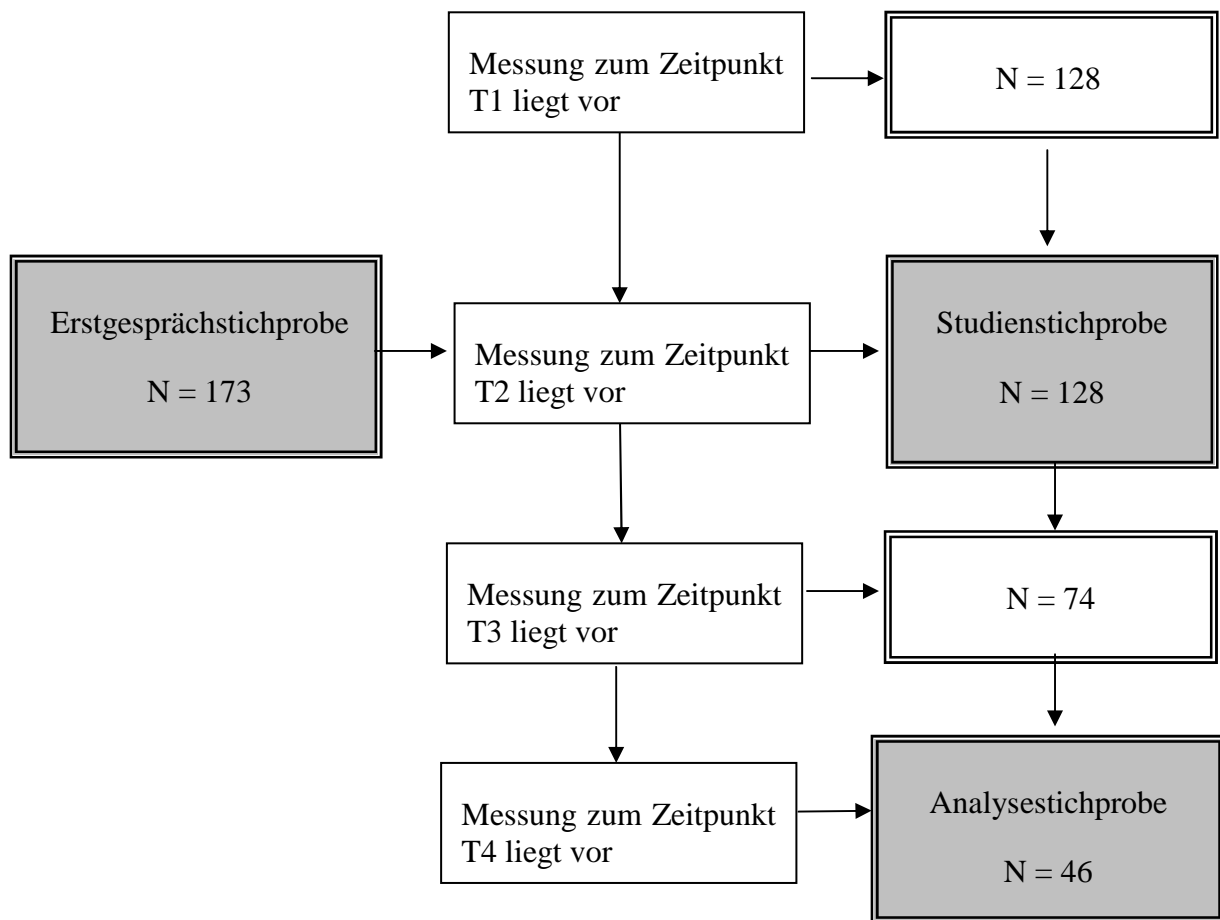


Abb. 4-1: Die unterschiedlichen Teilstichproben im Überblick

4.1 Teilnahme- und Ausschöpfungsquoten

In der folgenden Übersicht sind die Ergebnisse der entsprechenden Dokumentationen und Listenführungen dargestellt. Zunächst werden die Erstgespräch- und Studienstichprobe dargestellt.

Tab. 4-1: Nicht-Teilnehmer-Analyse: Verhältnis von möglichen Studienteilnehmern, Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gemäß der Dokumentation und Listenführung.

Mögliche Studienteilnehmer (Erstgesprächstichprobe)	Bögen nicht zurück-gesandt	Drop – out	Teilnehmende Familien (Studienstichprobe)	Ausschöpfungs- quote Studienteilnahme
173	30	15	128	74 %

Die Gruppe der „möglichen Studienteilnehmern“ beinhaltet die zur Studie eingeladenen Patienten die tatsächlich zum Erstgespräch erschienen. Damit sind in dieser Gruppe sowohl die Familien enthalten, die Bögen zurückgesandt hatten, als auch die, die Bögen nicht zurückgesandt hatten.

Mit einer Ausschöpfungsquote von 74 % ist eine zufrieden stellende Studienteilnahme erreicht. Auf Grund des Designs, in dem die zur Vorstellung angemeldeten Patienten auf dem Postwege angeschrieben und ohne vorherigen Kontakt zur Institutsambulanz zur Studienteilnahme aufgerufen wurden, ist die Resonanz als gut zu bewerten.

Eine differenzierte Darstellung der Rekrutierung der Patienten der Institutsambulanz (Erhebungszeitpunkt T1) sowie des Drop-outs bis zum Erstgespräch (Erhebungszeitpunkt T2) ist in der folgenden Übersicht gegeben.

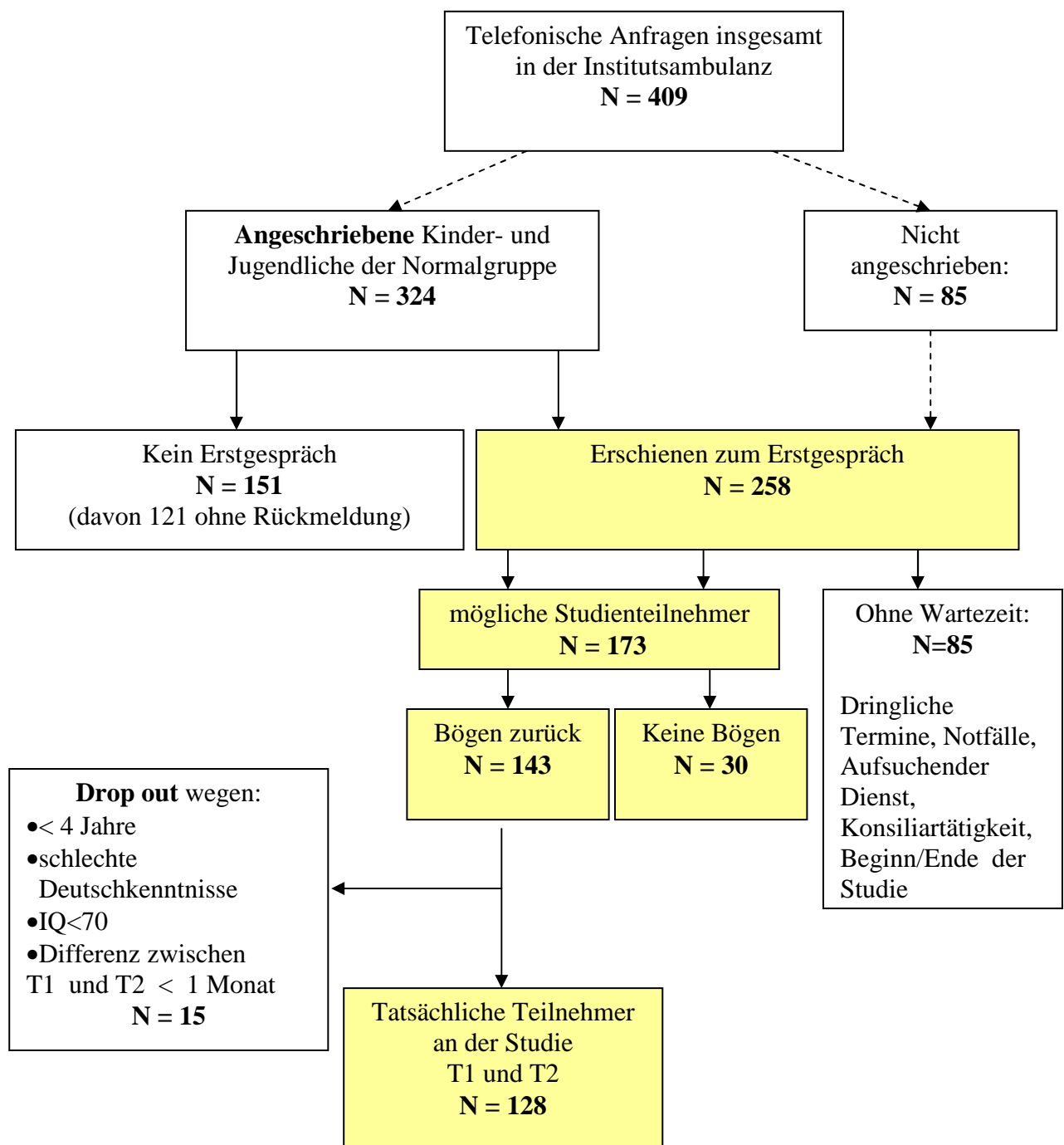


Abb. 4-2: Gewinnung der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt T1 und T2

Nicht - Angeschriebene Patienten

Von den Neuvorstellungen wurden insgesamt 85 nicht zur Studie aufgefordert. Am Beginn und am Ende der Rekrutierungsphase (also im Juli 2004 und im Januar /Februar 2005) wurde eine unklare Anzahl von Patienten nicht zur Teilnahme an dem Projekt aufgerufen.

Nicht zur Studie eingeladen wurden zudem Patienten, die an einer akuten und dringlich zu behandelnden kinder- und jugendpsychiatrischen Störung litten. Hierunter wurden Patienten mit fraglicher Suizidalität, schizophrenen Psychosen, schweren depressiven Störungen, Essstörungen mit deutlichem Gewichtsverlust, Schulunfähigkeit (Phobie, Verweigerung, Aggressivität) und Patienten mit akuten, ausgeprägten traumatischen Erlebnissen verstanden. Von den 85 Patienten, die nicht angeschrieben wurden, können gemäß den Durchschnittswerten in der Institutsambulanz etwa 40 bis 50 Patienten dieser Gruppe angesprochen werden.

Hinzu kamen noch Kinder und Jugendliche, die im Rahmen der Aufsuchenden Dienste von zwei Jugendhilfeeinrichtungen sowie in der engen Versorgung von zwei Intensivgruppen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen ohne längere Voranmeldung gesehen wurden. Neben akuten Kriseninterventionen werden in dieser Klientel auch Patienten ohne längere Wartezeiten kinder- und jugendpsychiatrisch weiter betreut, die neu in die Einrichtungen aufgenommen wurden und zuvor unter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung standen.

Über eine regelmäßige Clearing-Konferenz mit der Jugendgefährdetenhilfe der Caritas in Koblenz gelangten ebenfalls über kürzere Wartezeiten Patienten zur Vorstellung, die insbesondere durch schwierigste psychosoziale Bedingungen belastet waren und häufig unter chronischen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen litten.

Daneben bestehen enge Kooperationen mit den Kinderärzten der Region sowie mit zwei größeren Kinderkliniken, die konsiliarisch Patienten mit der Frage nach Suizidalität, psychosomatischen Erkrankungen und psychischen Störungen bei somatischer Grunderkrankung (Epilepsie, Neubildungen, Missbildungssyndrome, Diabetes etc.) vorstellten. Diese Patienten wurden ebenfalls ohne längere Wartezeit innerhalb weniger Tage kinder- und jugendpsychiatrisch diagnostiziert und behandelt.

Angeschriebene Patienten

Von den insgesamt 409 Patienten, die telefonisch nach einem Vorstellungstermin fragten, erhielten 324 Patienten Erhebungsbögen und wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen.

Als Gründe für die Nicht-Teilnahme am Projekt konnten in den verschiedenen Untergruppen folgende eruiert werden:

Tab. 4-2: Mögliche Gründe für Nicht-Teilnahme an Studie

Bögen zurückgesandt, aber nicht zum Gespräch erschienen (N = 30)	Bögen nicht zurückgesandt, aber Erstgespräch (N = 30)	Drop out bei möglichen Studienteilnehmern, die die Bögen zurückgesandt hatten (N=15)
<ul style="list-style-type: none"> • Besserung (z. B. Schul-schwierigkeiten als Haupt-grund der Vorstellung): N = 2 • Inzwischen vollstationär: N = 1 • Keine Information: N = 27 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgerecht unklar: N=2 • Jugendliche lehnten ab:N = 2 • Eltern lehnten ab (zu belastet, sind überfordert aufgrund eigener Erkrankung, haben sehr große Sprachprobleme, wollen nicht): N = 10 • Keine Information: N = 16 	<ul style="list-style-type: none"> • < 4 Jahre: N = 3 • schlechte Deutschkenntnisse:N=2 • IQ<70: N = 2 • Zeit zwischen T1 - T2 < 1 Monat: N = 8

Insgesamt 30 der Familien, die zur Studie eingeladen wurden und zum Erstgespräch erschienen, füllten die zugesandten Fragebögen nicht aus. Bei zwei Familien war das Sorgerecht unklar, bzw. der Mitsorgeberechtigte stimmte nicht zu. Zwei Jugendliche stimmten ohne Angabe von Gründen nicht zu. Bei 10 Familien waren Überforderungen der Eltern auf Grund von Sprachproblemen, eigener Erkrankung und Anderes Grund für die Nicht-Teilnahme. Aktiv mussten 15 weitere Patienten ausgeschlossen werden, die zwar Bögen zurückgesandt hatten, aber zum Zeitpunkt des Erstgesprächs zu jung waren (unter 4 Jahren: 3 Patienten), zu schlechte Deutschkenntnisse aufwiesen (2 Patienten) oder eine Intelligenzminderung aufwiesen, so dass die Aussagekraft der Erhebungsbögen in Frage gestellt war (2 Patienten). Bei 8 Patienten waren die Erhebungsinstrumente von den Eltern und Jugendlichen weniger als 4 Wochen vor dem Erstgespräch in der Institutsambulanz bearbeitet worden, so dass eine Aufnahme in die Studie abgelehnt werden musste. Insgesamt konnten von den 173 möglichen Studienteilnehmern 45 nicht gewonnen werden.

Drop-out zu den Messzeitpunkten T3 und T4

Zu den Messzeitpunkten T3 und T4 konnten erwartungsgemäß nicht alle rekrutierten Familien erreicht werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchungen zur Nicht-Teilnahme zu diesen Messzeitpunkten dargestellt. Die dritte Messung wurde 6 Monate nach dem Erstgespräch mit einer Kulanzzzeit von 4 Wochen vorher und nachher geplant, die vierte Messung entsprechend 12 Monate nach dem Erstgespräch. Für die Terminverwaltung und Einbestellung der Patienten und deren Familien waren die jeweiligen Haupttherapeuten zuständig. Durch die Projektleitung in der Ambulanz wurde über Listenführungen regelmäßig der aktuelle Stand der Untersuchung abgefragt. Über das interne digitale Netzwerk des

Zentrums waren diese Listen den damit befassten Mitarbeitern zugänglich, so dass ein reibungsloser Informationsfluss sichergestellt war. Rechtzeitige Erinnerungen an die Haupttherapeuten an notwendige Terminvergaben wurden ausgegeben.

Teilnehmer, die in diesem Zeitrahmen nicht zur Untersuchung erschienen, schieden aus der Studie aus. Im Folgenden werden diese Drop-outs T3 und Drop-outs T4 genannt. Die Anzahl der jeweiligen Drop-outs ist in Tabelle 4-3 aufgeführt. Die angegebenen Ausschöpfungsquoten bezeichnen das Verhältnis der teilnehmenden Familien zu den möglichen Familien zu diesem Messzeitpunkt. Die Ausschöpfungsquote lag zwischen 59 % und 100 %, im Mittel bei 75 %.

Tab. 4-3: Drop-out-Analyse – Vergleich der Ausschöpfungsquoten T1 bis T4

Messzeitpunkte	Mögliche Teilnehmer	Tatsächliche Teilnahme	Keine Teilnahme	Ausschöpfungsquote
T1	173	128	45	74 %
T (1+2)	128	128	-	100 %
T (1+2+3)	128	74	54	59 %
T (1+2+4)	-	2	-	-
T (1+2+3+4)	74	46	28	62 %
Anzahl aller Messungen	503	378	127	75 %

Teilweise konnten Gründe für die Nicht-Teilnahme von den Familien erfragt werden. Manche Patienten erschienen aber auch ohne Angabe von Gründen nicht zum Termin oder waren nicht zur erreichen. Die differenzierte Darstellung der Gründe für das Ausscheiden sind in den nachfolgenden Abbildungen für die Messzeitpunkte T3 und T4 zu ersehen.

Von den 29 Patienten, die nicht zum vereinbarten Termin erschienen, waren keine weiteren Angaben erhältlich. Von den 21 Familien, die vereinbarte Termine absagten, waren einige Gründe bekannt. Es wurden nicht alle explizit nach dem Grund der Absage gefragt. Insgesamt 3 Patienten hatten zwischenzeitlich die Behandlung unterbrochen (1 wegen Besserung, 2 wegen veränderter Lebensumstände/Umzug), so dass in dem Zeitfenster für die 3. Messung keine Daten zu erheben waren. Von 2 dieser Familien waren Messdaten von T4 ein Jahr nach dem Erstgespräch vorhanden.

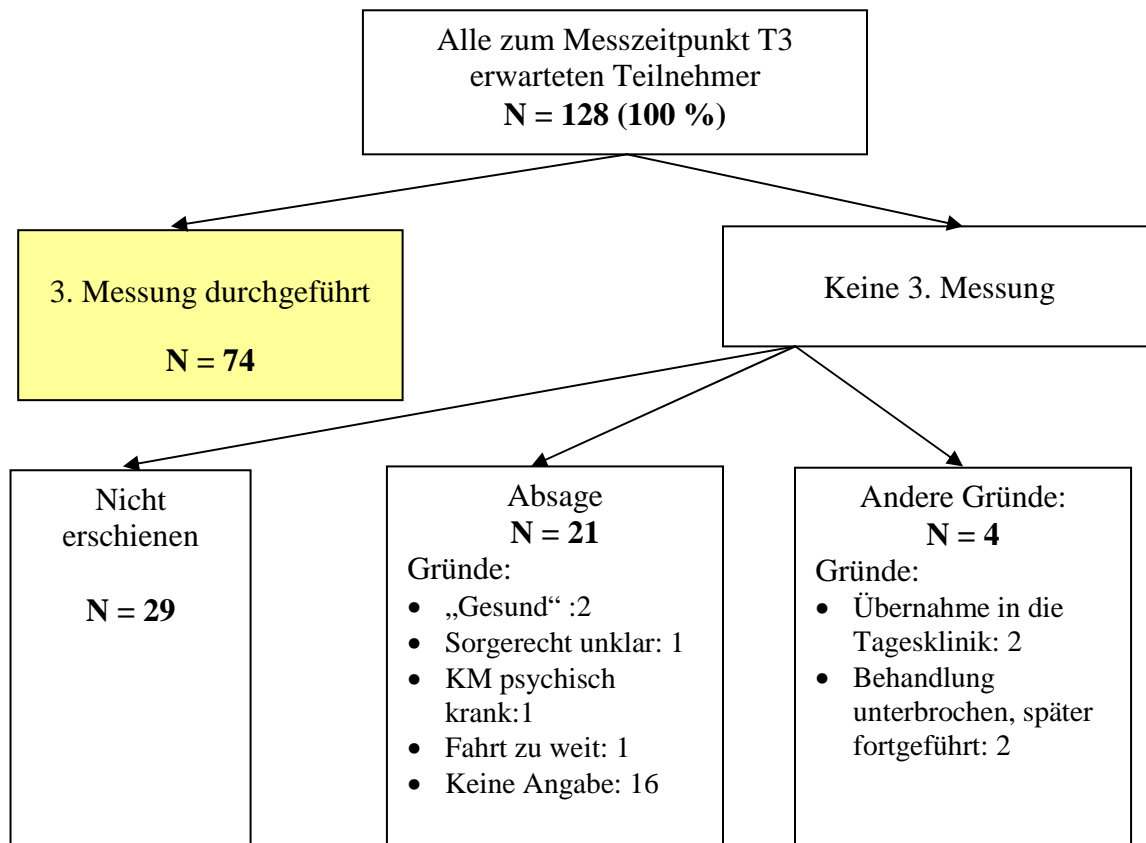


Abb. 4-3: Differenzierte Drop-out-Analyse zum Erhebungszeitpunkt T3

Die Drop-out-Rate nach 6 Monaten war größer als die Drop-out-Rate zwischen dem 6. und 12. Monat nach dem Erstgespräch. Dies ist am ehesten dadurch zu erklären, dass in der Institutsambulanz viele Patienten zunächst zur Diagnostik vorgestellt werden. Nur ein gewisser Anteil davon benötigt eine längere kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Bei manchen Kindern und Jugendlichen wäre eine Behandlung indiziert. Diese kann aus verschiedensten Gründen von einigen Familien nicht umgesetzt werden. So ist für einige Familien die Anfahrt zur Ambulanz zu langwierig, teils zu kostenintensiv.

Die Analyse der Gründe für den Drop-out zwischen dem 6. und 12. Monat ist aus Abbildung 4-4 ersichtlich. Auch zum 4. Erhebungszeitpunkt erschienen einige Patienten ohne Angabe von Gründen nicht (insgesamt 8). 13 Teilnehmer sagten ab, davon 1, weil er „gesund“ sei. Bei 4 Patienten war die Behandlung im Einvernehmen zwischen Eltern, Patient und Therapeut abgeschlossen, eine Motivation zur Teilnahme an der Studie war nicht mehr vorhanden. Weitere 3 Patienten wurden in tagesklinische Behandlung übernommen. 2 Familien waren telefonisch und schriftlich nicht zu erreichen.

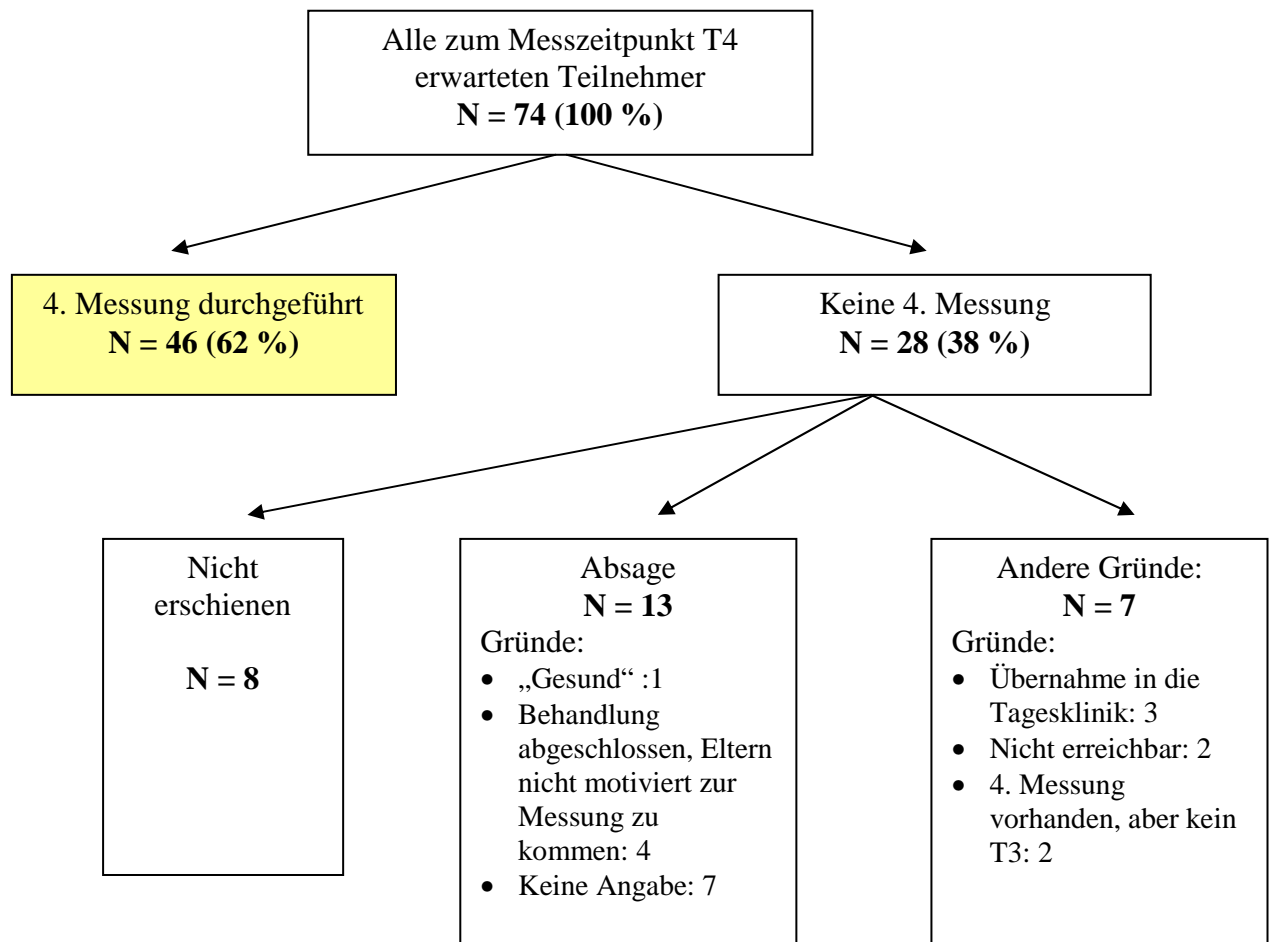


Abb. 4-4: Differenzierte Drop-out-Analyse zum Erhebungszeitpunkt T4

Insgesamt konnten von 503 möglichen Messungen 378 erhalten werden, was einer Ausschöpfungsquote von 75% entspricht (siehe Tabelle 5-2). Dies ist für ein ambulantes kinder- und jugendpsychiatrisches Klientel ein hoher Anteil. Das Risiko für systematische Verzerrungen auf Grund des Drop-out besteht dennoch. Im Anschluss werden daher die Erstgesprächstichprobe (N=173), die Studienstichprobe (N=128) und die Analysestichprobe (N=46) anhand soziodemografischer Daten und klinischer Merkmale dargestellt und in einer Reduktionsanalyse verglichen.

4.2 Stichprobenbeschreibung und Reduktionsanalyse

Um das Ausmaß von systematischen Verzerrungen durch Drop out abschätzen zu können, werden im Folgenden die Erstgesprächstichprobe (N=173), die Studienstichprobe (N=128) und die Analytestichprobe (N=46) bezüglich des Alters, des Geschlechtes, der Hauptdiagnose, den psychosozialen Belastungen sowie einiger sozialer Merkmale gegenübergestellt. Es werden statistische Tests zum Vergleich der Stichproben durchgeführt. Die Ergebnisse zur Testung konnten als Hinweis darauf interpretiert werden, ob sich die Stichproben bedeutsam unterscheiden. Dabei ist kritisch anzumerken, dass eine statistisch korrektes Vorgehen eigentlich auf eine Äquivalenztestung zurückgreifen müsste. Diese Möglichkeit stand technisch nicht zur Verfügung. Daher wurde das pragmatische Vorgehen gewählt, die Testung auf Unterschiede durchzuführen. Kritisch ist anzumerken, dass diese nur Hinweischarakter haben.

Als erstes werden die drei Stichproben gemäß ihres Geschlechts gegenübergestellt. Tabelle 4-4 gibt dieses wieder.

Tab. 4-4: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analytestichprobe hinsichtlich des Geschlechts

Geschlecht	Erstgesprächstichprobe N = 173		Studienstichprobe N = 128		Analytestichprobe N = 46	
	N	%	N	%	N	%
weiblich	55	31,8	43	33,6	20	43,5
männlich	118	68,2	85	66,4	26	56,5

In allen drei Stichproben fand sich die für kinder- und jugendpsychiatrische Klientel typische Knabenwendigkeit.

Zum Vergleich der unterschiedlichen Stichproben verwendeten wir den Chi-Quadrat-Test nach Pearson gemäß Bühl A. & Zöfel P. (2002, S. 241):

$$X^2 = \sum \frac{(f^o - f^l)^2}{f^l}$$

(f^o - beobachtete Häufigkeit, f^l - erwartete Häufigkeit)

Der Chi-Quadrat-Test hat zur Voraussetzung, dass nur in maximal 20 % der Felder der Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten < 5 auftreten dürfen. Zeilen- und Spaltensummen müssen stets > 0 sein. Diese Voraussetzungen waren in der Untersuchung erfüllt.

Zusätzlich führten wir den exakten Test nach Fisher mit zweiseitiger Fragestellung durch. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4-5 dargestellt.

Tab. 4-5: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich des Geschlechts – Chi-Quadrat-Test nach Pearson und exakter Test nach Fisher zur Überprüfung auf Unabhängigkeit

Geschlecht	Erstgesprächstichprobe / Studienstichprobe 128 / 45		Studienstichprobe / Analysestichprobe 46 / 82	
	X ² (p)	Fisher (p)	X ² (p)	Fisher (p)
Merkmale sind unabhängig	0,253	0,253	0,058	0,058

Die Analyse der Altersgruppen in den unterschiedlichen Stichproben geben die nachfolgenden Darstellungen wieder.

Tab. 4-6: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich des Alters

Altersgruppen	Erstgesprächstichprobe N = 173		Studienstichprobe N = 128		Analysestichprobe N = 46	
	N	%	N	%	N	%
4 bis 9 Jahre	97	56,1	75	58,6	29	63
10 bis 14 Jahre	60	34,7	44	34,4	16	34,8
über 14 Jahre	16	9,2	9	7	1	2,2
Gesamt	173	100	128	100	46	100

In den folgenden statistischen Analysen werden die drei Stichproben dahingehend untersucht, ob die Varianzen bedeutsame Unterschiede zeigen. Wir führten den Levene-Test zur Überprüfung auf Varianzhomogenität aus. Das Signifikanzniveau α wurde bei 0,05 festgelegt. Bei $p \leq 0,05$ gab es Hinweise für einen Unterschied zwischen den Stichproben bezüglich des Merkmals.

Tab. 4-7: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich des Alters – Levene-Test zur Überprüfung auf Varianzenhomogenität

Alter	Erstgesprächstichprobe / Studienstichprobe 128 / 45		Studienstichprobe / Analysestichprobe 46 / 82	
	F	Signifikanz	F	Signifikanz
Unterschiede zwischen den Stichproben	p = 2,695	p = 0,102	p = 1,456	p = 0,23

Hinsichtlich des Alters fanden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den drei Teilstichproben. Die Altersspanne war identisch, die Mittelwerte waren vergleichbar (9,7 Jahre/ 9,5 Jahre / 9 Jahre). In der Analysestichprobe nahm der Anteil der Jugendlichen ab. Dieses Alter war jedoch in allen Teilstichproben sehr gering vertreten, so dass die Zahlen keine hohe Aussagekraft erreichten.

Nachfolgend wird die aktuelle Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen in jeder der drei Stichproben dargestellt und statistisch analysiert.

Tab. 4-8: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen

Wohnsituation (Kind lebt bei...)	Erstgesprächstichprobe N = 173		Studienstichprobe N = 128		Analysestichprobe N = 46	
	N	%	N	%	N	%
Leibliche Eltern	104	60,1	76	59,4	28	62,2
Mutter & Ersatzvater	24	13,9	22	17,2	2	4,4
Vater & Ersatzmutter	3	1,7	3	2,3	-	-
Allein erziehende Mutter / Ersatzmutter	33	19,1	23	18,0	10	22,2
Alleinerziehender Vater / Ersatzvater	2	1,2	1	0,8	1	2,2
Pflege-/Adoptiveltern	4	2,3	2	1,6	2	4,4
Stationäre Jugendhilfe	1	0,6	-	-	1	2,2
Andere Wohnsituation	1	0,6	-	-	1	2,2
unbekannt	1	0,6	1	0,8	-	-
Gesamt	173	100	128	100^b	45^a	100^c

^a von 1 Patient fehlte die Angabe

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 100,1 %

^c durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 99,8 %

In allen Teilstichproben lebten die meisten Kinder mit ihren leiblichen Eltern zusammen. Wesentliche Unterschiede waren diesbezüglich nicht zu finden. Jeweils an zweiter Stelle standen die allein erziehenden Mütter. Der einzige deutlichere Unterschied zeigte sich bei den Wohnsituationen, in denen Mütter mit Ersatzvätern registriert waren: hier nahm der Anteil in der Studienstichprobe leicht zu, während dieser in der Analysestichprobe deutlicher abfiel. Die Situation, in der ein Vater mit Ersatzmutter den Patienten betreute, war in der Analysestichprobe nicht mehr dokumentiert. Hier waren allerdings von Beginn an nur geringe Fallzahlen zu verzeichnen. Alle anderen Wohnverhältnisse zeigten ebenfalls keine wesentlichen Änderungen.

In der statistischen Analyse kam der exakte Test nach Fisher in seiner zweiseitigen Form zur Anwendung. Die Stichproben unterschieden sich demnach nicht deutlich voneinander, wie in Tabelle 4-9 zu sehen ist.

Tab. 4-9: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Wohnsituation – exakter Test nach Fisher zur Überprüfung auf Varianzhomogenität

Wohnsituation (Kind lebt bei...)	Erstgesprächstichprobe / Studienstichprobe 128 / 45	Studienstichprobe / Analysestichprobe 46 / 82
	Exakter Test nach Fisher	Exakter Test nach Fisher
Exakte Signifikanz (2-seitig) - p	0,059	0,869

Die Schichtzugehörigkeit wurde anhand der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation ermittelt und in Subgruppen eingeteilt. Es folgt die Gegenüberstellung der drei Stichproben mit anschließender Darstellung der p-Werte (Tabellen 4-10 bis 4-12).

In allen drei Stichproben war die Schicht der Facharbeiter, Handwerker, Angestellten oder Gewerbetreibenden am häufigsten vertreten. Die Verteilung zwischen der Aufnahme- und Studienstichprobe war nahezu identisch, auch bezüglich der übrigen Schichtzuordnungen.

Tab. 4-10: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit der Herkunftsfamilie

Schichtzugehörigkeit	Erstgesprächstichprobe N = 173		Studienstichprobe N = 128		Analysestichprobe N = 46	
	N	%	N	%	N	%
Angelernte Arbeiter und Berufe; selbständige ambulante Gewerbe (BAD 127: 1,2,7) ^d	15	9,6	10	8,4	6	13,1
Facharbeiter, Handwerker, Angestellter; Gewerbetreibende (BAD 127: 3,8)	97	61,8	73	61,3	34	73,9
Mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst; Selbstständige Handwerker, Landwirte, Gewerbe (klein) (BAD 127: 4,9)	26	16,6	24	20,2	5	10,9
Höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst; mittlere Gewerbe (BAD 127: 5,10)	14	8,9	10	8,4	1	2,2
Leitender Angestellter, Beamter im höheren Dienst; Selbstständiger Akademiker, freie Berufe, große Unternehmer (BAD 127: 6,11)	5	3,2	2	1,7	-	-
Gesamt	157^a	100^b	119^c	100	46	100^b

^a von 16 Eltern fehlten die Angaben

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 100,1 %

^c von 9 Eltern fehlten die Angaben

^d BAD: entsprechende Items der kinder- und jugendpsychiatrischen BADO

In der Analysestichprobe hatte der Anteil der Familien, die dieser Schicht zugeordnet wurden, etwas zugenommen zu Ungunsten der Schichten der leitenden oder höher qualifizierten Angestellten, Beamten im höheren oder gehobenen Dienst, der selbstständigen Akademiker und der mittleren und großen Unternehmen. Der Anteil der angelernten Arbeiter und kleinsten Gewerbe nahm in der Analysestichprobe geringfügig zu, während die Schicht der Beamten im mittleren Dienst, der mittleren Angestellten und kleine Gewerbe weniger vertreten war im Vergleich zu den beiden anderen Stichproben.

Da es sich bei den vorliegenden Daten um ordinalskalierte Daten handelte, kam als Unterschiedstest die ordinale Regression (PLUM – Polythamous Logit Universal Models) zur Anwendung (siehe Bühl A. & Zöfel P., 2002, S. 369 ff.). Dieser lieferte ein bedeutsames Ergebnis im Vergleich von Studienstichprobe und Analysestichprobe, wie die nachfolgende Tabelle 4-11 zeigt.

Tab. 4-11: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit – ordinale Regression (PLUM) zur Überprüfung auf Varianzhomogenität

Schichtzugehörigkeit	Erstgesprächstichprobe / Studienstichprobe 128 / 45	Studienstichprobe / Analysestichprobe 46 / 82
	PLUM	PLUM
p-Werte	0,516	0,005

Bei bedeutsamen Unterschieden prüften wir auf beobachtbare Häufigkeiten (f^o) erwartete Häufigkeiten (f^l) und standardisierte Residuen.

Die standardisierten Residuen definieren sich folgendermaßen (siehe Bühl A, Zöfel P, 2002, S. 197 bis 198):

$$\frac{f^o - f^l}{\sqrt{f^l}}$$

(f^o - beobachtete Häufigkeit, f^l - erwartete Häufigkeit)

Ein signifikanter Unterschied liegt dann vor, wenn das standardisierte Residuum einen Wert größer oder gleich 2 hat. Nach Bühl A. und Zöfel P. (2002) sind weitere Grenzwerte folgendermaßen definiert:

Tab. 4-12: Grenzwerte der standardisierten Residuen

Standardisiertes Residuum	Signifikanzniveau
$\geq 2,0$	$p < 0,05$ (*)
$\geq 2,6$	$p < 0,01$ (**)
$\geq 3,3$	$p < 0,001$ (***)

Dies gilt nur dann, wenn die erwartete Häufigkeit mindestens 5 ist, ansonsten kann dieses Verfahren nicht verwendet werden.

Im Vergleich von Studienstichprobe und Analysestichprobe zeigte sich folgendes Ergebnis der standardisierten Residuen:

Tab. 4-13: Reduktionsanalyse – Vergleich von Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit – standardisierte Residuen

Schichtzugehörigkeit		Studienstich- probe N = 128	Analyse- stichprobe N = 46
Angelernte Arbeiter und Berufe; selbständige ambulante Gewerbe (BAD 127: 1,2,7)	Erwartete Anzahl	6,1	3,9
	Standard. Residuen	-0,5	0,6
Facharbeiter, Handwerker, Angestellter; Gewerbetreibende (BAD 127: 3,8)	Erwartete Anzahl	44,8	28,2
	Standard. Residuen	- 0,9	1,1
Mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst; Selbstständige Handwerker, Landwirte, Gewerbe (klein) (BAD 127: 4,9)	Erwartete Anzahl	14,7	9,3
	Standard. Residuen	0,6	- 0,7
Höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst; mittlere Gewerbe (BAD 127: 5,10)	Erwartete Anzahl	6,1	3,9
	Standard. Residuen	1,6	- 2,0*
Leitender Angestellter, Beamter im höheren Dienst; Selbstständiger Akademiker, freie Berufe, große Unternehmer (BAD 127: 6,11)	Erwartete Anzahl	1,2	0,8
	Standard. Residuen	0,7	- 0,9
Gesamt	Erwartete Anzahl	73^a	46^b

* bedeutsamer Wert ≥ 2 , entspricht $p < 0,05$

^a durch Auf- und Abrundungen ergibt sich eine Summe von 72,8

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich eine Summe von 46,1

Insgesamt hatten 4 Zellen (40 %) eine erwartete Häufigkeit < 5 . Die Aussagekraft der standardisierten Residuen ist daher eingeschränkt. Einen deutlichen Wert ($p < 0,05$) mit einem standardisiertem Residuum von 2,0 erreichte die Schicht der „Höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst; mittlere Gewerbe (BAD 127: 5,10)“. Da die erwartete Häufigkeit mit 3,9 zu gering war (< 5), war die Aussagekraft dieses Ergebnisses reduziert. Die Schichten, die erwartete Häufigkeiten ≥ 5 aufwiesen (Facharbeiter, Handwerker, Angestellter; Gewerbetreibende / / Mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst; Selbstständige Handwerker, Landwirte, kleine Gewerbe), zeigten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Stichproben (standardisierte Residuen $< 2,0$).

Nach dem Vergleich der sozialen Merkmale werden im Folgenden einige klinische Daten der drei Stichproben gegenübergestellt. Tabelle 4-14 stellt die Verteilung der Hauptdiagnosen zum Zeitpunkt T2 beim Erstgespräch in der Institutsambulanz dar.

Tab. 4-14: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der MAS-Diagnosen, Achse I – Klinisch-psychiatrische Diagnose

Klinisch-psychiatrische Diagnose	Erstgesprächstichprobe N = 173		Studienstichprobe N = 128		Analysestichprobe N = 46	
	N	%	N	%	N	%
Affektive Störungen F3	5	2,9	3	2,3	-	-
Anpassungsstörungen F43	11	6,4	5	3,9	2	4,3
Neurotische Störungen F4 ohne F43	4	2,3	3	2,3	2	4,3
Essstörungen F50.0 und F50.1	3	1,8	3	2,3	1	2,2
Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen F90	113	65,3	89	69,5	30	65,2
Störung des Sozialverhaltens F91 und F92	7	4	6	4,7	2	4,3
Emotionalstörung F93	19	11	14	10,9	7	15,2
Tics F95	2	1,2	2	1,6	-	-
Tiefgreifende Entwicklungsstörung F84	2	1,2	-	-	-	-
Sonstige Verhaltensstörung F98	2	1,2	2	1,6	1	2,2
Umschriebene Entwicklungsstörung F83	5	2,9	1	0,8	1	2,2
Gesamt	173	100^a	128	100^b	46	100^b

^a durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 100,2 %

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 99,9 %

In allen drei Stichproben waren die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen am häufigsten vertreten, bei etwa 2/3 der Patienten. An zweiter und dritter Stelle standen die emotionalen Störungen und die Anpassungsstörungen. Der Anteil letzterer war in der Studienstichprobe deutlich geringer, während diese Diagnose in der Erstgesprächstichprobe einen höheren Prozentsatz ausmachte. Insgesamt sind die Fallzahlen bezüglich aller Diagnosen bis auf die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen jedoch gering, so dass eine statistische Bedeutsamkeit dieser Verschiebungen schwer zu erfassen ist.

Zur Prüfung auf Unterschiede zwischen den Stichproben wurde der exakte Test nach Fisher eingesetzt. Tabelle 4-15 zeigt das Ergebnis auf. Demnach sind die Unterschiede zwischen Erstgesprächstichprobe und Studienstichprobe statistisch bedeutsam, die zwischen Studienstichprobe und Arbeitstichprobe liegen oberhalb des Signifikanzniveaus von $p \leq 0,05$.

Tab. 4-15: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Achse I – Diagnose: exakter Test nach Fisher zur Überprüfung auf Varianzhomogenität

Klinisch-psychiatrische Diagnose	Erstgesprächstichprobe / Studienstichprobe 128 / 45	Studienstichprobe / Analysestichprobe 46 / 82
	Exakter Test nach Fisher	Exakter Test nach Fisher
Exakte Signifikanz (2-seitig) - p	0,021	0,459

Analog zur Schichtzugehörigkeit der Herkunftsfamilie testeten wir die Aufnahme- und Studienstichprobe mittels der standardisierten Residuen.

Tabelle 4-16 gibt differenziert das Ergebnis wieder.

19 Zellen (79,2 %) zeigten eine erwartete Häufigkeit < 5 . Damit waren die standardisierten Residuen eingeschränkt beurteilbar. In den Diagnosengruppen, die erwartete Häufigkeiten ≥ 5 zeigten (Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen), waren die Veränderungen nicht bedeutsam. Die Stichproben waren also vergleichbar. Deutliche Veränderungen mit standardisierten Residuen ≥ 2 fanden wir bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen (2,4) und den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (2,1). Hier lagen die erwarteten Häufigkeiten jedoch allesamt unter 2,0 (0,5 bis 3,7), so dass die Verwertbarkeit der Ergebnisse nicht gegeben war. Insgesamt waren demnach in den Hauptdiagnosengruppen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Stichproben zu sehen.

Tab. 4-16: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe und Studienstichprobe hinsichtlich der Achse I-Diagnose: standardisierte Residuen

Klinisch-psychiatrische Diagnose		Erstgespräch- stichprobe N = 173	Studien- stichprobe N = 128
Affektive Störungen F3	Erwartete Anzahl	1,3	3,7
	Standard. Residuen	0,6	- 0,4
Anpassungsstörungen F43	Erwartete Anzahl	2,9	8,1
	Standard. Residuen	1,9	- 1,1
Neurotische Störungen F4 ohne F43	Erwartete Anzahl	1,0	3,0
	Standard. Residuen	0,0	0,0
Anorexie F50.0 und F50.1	Erwartete Anzahl	0,5	1,5
	Standard. Residuen	- 0,7	0,4
Bulimie F50.2 und F50.3	Erwartete Anzahl	0,3	0,7
	Standard. Residuen	- 0,5	0,3
Aktivitäts- / Aufmerksamkeitsstörungen F90	Erwartete Anzahl	29,4	83,6
	Standard. Residuen	- 1,0	0,6
Störung des Sozialverhaltens F91 und F92	Erwartete Anzahl	1,8	5,2
	Standard. Residuen	- 0,6	0,4
Emotionalstörung F93	Erwartete Anzahl	4,9	14,1
	Standard. Residuen	0,0	0,0
Tics F95	Erwartete Anzahl	0,5	1,5
	Standard. Residuen	- 0,7	0,4
Tiefgreifende Entwicklungsstörung F84	Erwartete Anzahl	0,5	1,5
	Standard. Residuen	2,1*	- 1,2
Sonstige Verhaltensstörung F98	Erwartete Anzahl	0,5	1,5
	Standard. Residuen	- 0,7	0,4
Umschriebene Entwicklungsstörung F83	Erwartete Anzahl	1,3	3,7
	Standard. Residuen	2,4*	-1,4
Gesamt	Erwartete Anzahl	45^a	128^b

* bedeutsamer Wert ≥ 2 , entspricht $p < 0,05$

^a durch Auf- und Abrundungen ergibt sich eine Summe von 44,9

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich eine Summe von 128,1

Die unterschiedliche Verteilung der abnormen psychosozialen Lebensumstände entsprechend der Achse V des MAS wird in Tabelle 4-17 deutlich.

Tab. 4-17: Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich besonderer Lebensumstände

Abnorme psychosoziale Umstände	Erstgesprächstichprobe N = 173		Studienstichprobe N = 128		Analysestichprobe N = 46	
	N	%	N	%	N	%
Nicht vorhanden	108	62,4	74	57,8	23	50
Vorhanden	65	37,6	54	42,2	23	50
Gesamt	173	100	128	100	46	100

In der Erstgesprächstichprobe, die alle Patienten beinhaltete, die im Erhebungszeitraum zur Aufnahme in die Institutsambulanz kamen, war der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychosozialen Belastungen am geringsten ausgeprägt, nämlich bei etwa 1/3 der Patienten. In der Analysestichprobe war das Verhältnis von Kindern mit und ohne Belastungen vergleichbar.

Die Anzahl der Auffälligkeiten auf Achse V des MAS der Studienstichprobe (N = 128) und die Analysestichprobe (N = 46) wurden statistisch verglichen mit Hilfe des nichtparametrischen Wilcoxon-Tests (siehe Bühl P. & Zöfel A. 2002, S. 294 ff.). Mit einer zweiseitigen asymptotischen Signifikanz von 0,211 war kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Stichproben hinsichtlich dieses Merkmals zu finden. Im Vergleich der Erstgesprächstichprobe (N=173) zur Studienstichprobe (N=128) war im exakten Test nach Fisher mit $p=0,048$ ein deutlicher Unterschied festzustellen. Es gab Hinweise dafür, dass die Teilnehmer der Studie deutlich mehr psychosoziale Belastungen aufwiesen.

Wie halten als **Schlussfolgerung** fest, dass zwischen Erstgesprächstichprobe (N = 173) und Studienstichprobe (N = 128) zunächst ein bedeutsamer Unterschied im Merkmal „Achse I-Diagnose“ gefunden wurde, dieser sich in der Prüfung auf standardisierte Residuen aber nicht bestätigte, da die Diagnosen mit aussagekräftigen Fallzahlen und damit erwarteten Häufigkeiten von mindestens 5 sich nicht wesentlich unterschieden. Genauso verhielt es sich mit der deutlichen Differenz zwischen Studienstichprobe (N = 128) und Analysestichprobe (N = 46) bezüglich des Merkmals „soziale Schicht der Herkunftsfamilie“. Auch hier waren in der Prüfung der standardisierten Residuen die Schichten, die aussagekräftige Häufigkeiten aufwiesen, in beiden Stichproben vergleichbar. Zwischen Erstgespräch- und Studienstichprobe wurden Unterschiede im Maß der psychosozialen Belastung gefunden: Die Studienstichprobe zeigte etwas mehr Belastungen. Während des Beobachtungszeitraumes von etwa eineinhalb Jahren fanden sich in der Reduktionsanalyse keine weiteren Hinweise auf systematische Verzerrungen aufgrund des Drop out.

5 Ergebnisse

Die Auswertung der Daten erfolgte in mehreren Teilschritten. Die Analysestichprobe wurde mittels einfacher statistischer Kennwerte wie Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte, Streuungsmaße etc. beschrieben. Die Behandlungsdaten wurden differenziert erfasst und ausgewertet. Im Kern der Auswertung wurden die Veränderungen bewertet und die Hypothesen abschließend geprüft.

5.1 Differenzierte Beschreibung der Analysestichprobe

Die Studienteilnehmer, von denen an allen vier Erhebungszeitpunkten Daten gewonnen werden konnten und so ein vollständiger Datensatz bestand, bildeten die Analysestichprobe. Von dieser wurden umfangreiche soziodemografische Daten mittels der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation sowie klinische Daten erhoben.

Soziodemografische Daten der Kinder und Jugendlichen

In der Analysestichprobe waren die Kinder und Jugendlichen zwischen 4 und 17 Jahren alt mit einem Mittelwert von 9 Jahren (Standardabweichung 2,8 Jahre). Abbildung 5-1 veranschaulicht die genaue Verteilung auf das jeweilige Lebensalter der Kinder und Jugendlichen.

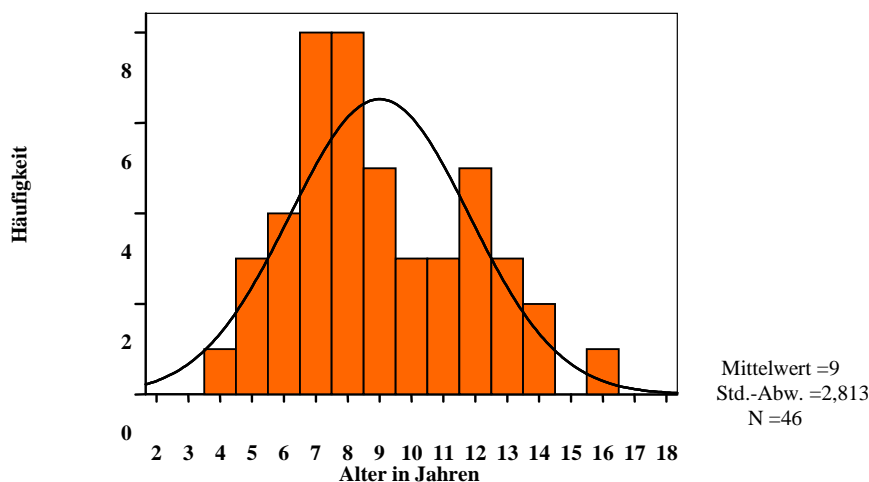


Abb. 5-1: Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen der Analysestichprobe. N=46

Unter 10 Jahre waren 63 % (29) der Kinder und Jugendlichen. Zwischen 10 und 14 Jahre alt waren 34,8 % (16) und älter als 14 Jahre 2,2 % (1).

Die Geschlechterverteilung zeigte eine Knabenwendigkeit: 43,5 % (20) der Studienteilnehmer waren Mädchen, 56,5 % (26) waren Jungen.

Von 39 Patienten (7 fehlende) konnte die Staatsangehörigkeit dokumentiert werden: 97,4 % (38) hatten die deutsche Staatsbürgerschaft, 2,6 % (1) die türkische.

Die Verteilung der Kinder und Jugendlichen der Analytestichprobe gemäß der besuchten Schulform gibt Abbildung 5-2 wieder.

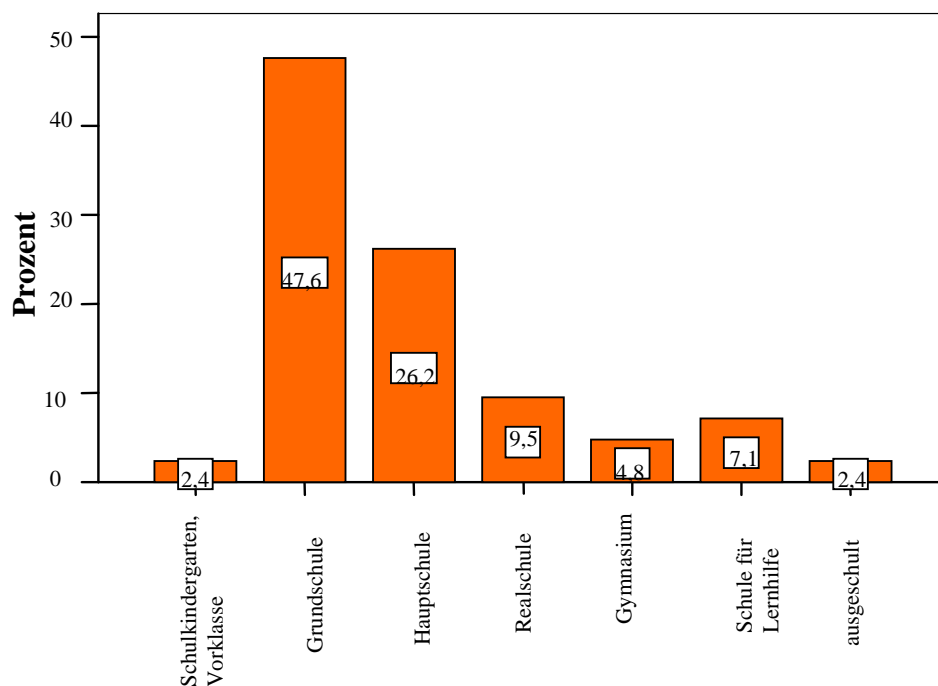


Abb. 5-2: Prozentuale Verteilung der Analytestichprobe gemäß der besuchten Schulart. N=42
(von 6 Patienten fehlte die Angabe)

Wie bei der genannten Altersstruktur zu erwarten war, besuchten mit 47,6 % (20) die meisten der Patienten die Grundschule, gefolgt von 26,2 % (11), die Hauptschüler waren. 9,5 % (4) gingen zur Realschule, 7,1 % (3) zur Schule mit dem Förderschwerpunkt Lernen. Jeweils 2,4 % (1) Patient war ausgeschult oder besuchte die Vorschule.

Die aktuelle Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen der Analysestichprobe ist aus Tabelle 5-1 zu ersehen.

Tab. 5-1: Wohnsituation (Kind lebt bei...) der Analysestichprobe. N=45

Wohnsituation (Kind lebt bei...)	Analysestichprobe (N=46)	
	N	%
Leibliche Eltern	28	62,2
Mutter & Ersatzvater	2	4,4
Alleinerziehende Mutter oder Ersatzmutter	10	22,2
Alleinerziehender Vater oder Ersatzvater	1	2,2
Pflege-/Adoptiveltern	2	4,4
Stationäre Jugendhilfe	1	2,2
Andere Wohnsituation	1	2,2
Gesamt	45^a	100^b

^a von 1 Patient fehlte die Angabe

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 99,8 %

Mit 62,2 % (28) lebten die meisten Kinder mit den leiblichen Eltern zusammen. Fast ¼ der Kinder wurden von einer alleinerziehenden Mutter betreut, nämlich 22,2 % (10). Ein alleinerziehender Vater war mit 2,2 % (1) die Ausnahme. Mit Mutter und Ersatzvater lebten 4,4 % (2) Kinder zusammen, ebenso viele mit Pflege- oder Adoptiveltern. 2,2 % (1) der Kinder und Jugendlichen waren in einer stationären Jugendhilfe oder in einer anderen Wohnsituation untergebracht.

Die Zahl der zu Hause lebenden Geschwister stellte Abbildung 5-3 dar.

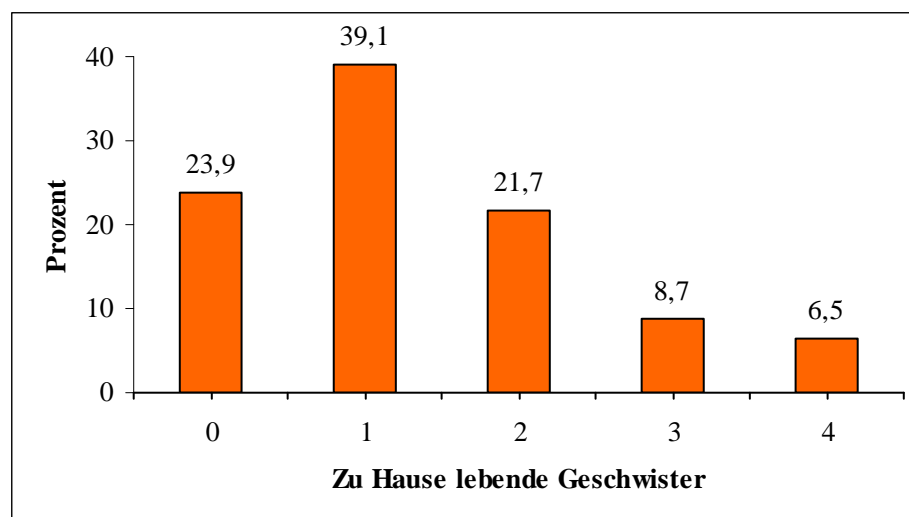


Abb. 5-3: Zu Hause lebende Geschwister, Analysestichprobe. N=46

Über 1/3 der Kinder und Jugendlichen der Analysestichprobe, nämlich 39,1 % (18), lebten mit 1 Geschwister zusammen. Als Einzelkind wuchsen 23,9 % (11) auf. 21,7 % (10) hatten zwei, 8,7 % (4) hatten drei und immerhin 6,5 % (3) wiesen vier Geschwisterkinder auf.

Soziodemografische Daten der Eltern

Anhand der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche wurden eine Vielzahl von Daten zur Situation der Eltern und Familie erhoben. Diese werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

Es konnten 20 Mütter und 21 Väter befragt werden. Das Alter der Mütter belief sich von 32 bis 53 Jahre, im Mittel auf 38,35 Jahre (Standardabweichung 6,21 Jahre). Die Väter waren im Mittel 41,91 Jahre (Standardabweichung 8,76 Jahre) alt, mit einem Minimum von 32 Jahren und einem Maximum von 78 Jahren.

Der Beziehungsstatus konnte von 44 Eltern erhoben werden. 63,6 % (28) der leiblichen Eltern lebten zusammen. Getrennt oder geschieden waren 31,8 % (14). Je 2,3 % (1) der Eltern hatten nie zusammen gelebt oder waren verwitwet. Tabelle 5-12 gibt die Häufigkeitsverteilung des Beziehungsstatus der Eltern wieder.

Tab. 5-2: Beziehungsstatus der Eltern der Analysestichprobe, N=44

Beziehungsstatus der Eltern	N ^a	%
Eltern leben zusammen	28	63,6
Getrennt / geschieden	14	31,8
Verwitwet	1	2,3
Nie zusammen gelebt	1	2,3
Gesamt	44	100

^a Von 2 Patienten fehlen die Angaben

Auch die Erwerbstätigkeit der Eltern wurde erfasst. In Tabelle 5-3 sind die Ergebnisse in einer Übersicht dargestellt.

Die Väter waren zu 67,5 % (27) regelmäßig ganztags beschäftigt. Zusätzlich gingen 12,5 % (5) einer Schichtarbeit nach. 7,5 % (3) waren arbeitslos, 5 % (2) berentet. Jeweils 2,5 % (1) war im Haushalt tätig oder Gelegenheitsarbeiter. Die Mütter waren mit 42,5 % (17) überwiegend im Haushalt tätig. Mit 37,5 % (15) war ein hoher Anteil der Mütter teilzeitbeschäftigt. 7,5 % (3) gingen einer Gelegenheitsarbeit nach. Jeweils 5 % (2) waren ganztags beschäftigt oder in Schichtarbeit tätig. 2,5 % (1) waren arbeitslos.

Tab. 5-3: Erwerbstätigkeit der Eltern der Analysestichprobe, N= 40

Erwerbstätigkeit der Eltern			Derzeitige Tätigkeit des Vaters							Gesamt ^a
			ganztags	Schichtarbeit	Gelegenheitsarbeit	arbeitslos	Rentner	im Haushalt tätig	Unbekannt	
Derzeitige Tätigkeit der Mutter	ganztags	Anzahl	2	-	-	-	-	-	-	2
		%	5 %	-	-	-	-	-	-	5 %
	Schichtarbeit	Anzahl	2	-	-	-	-	-	-	2
		%	5 %	-	-	-	-	-	-	5 %
	Teilzeitbeschäft.	Anzahl	12	2	-	-	-	1	-	15
		%	30 %	5 %	-	-	-	2,5 %	-	37,5 %
	Gelegenheitsarbeit	Anzahl	1	1	-	-	-	-	1	3
		%	2,5 %	2,5 %	-	-	-	-	2,5 %	7,5 %
	arbeitslos	Anzahl	-	-	-	1	-	-	-	1
		%	-	-	-	2,5 %	-	-	-	2,5 %
	im Haushalt tätig	Anzahl	10	2	1	2	2	-	-	17
		%	25 %	5 %	2,5 %	5 %	5 %	-	-	42,5 %
Gesamt ^a		Anzahl	27	5	1	3	2	1	1	40
		%	67,5%	12,5%	2,5 %	7,5%	5 %	2,5 %	2,5%	100 %

^a von 6 Eltern fehlen die Angaben

Die meisten Kinder und Jugendlichen hatten mit 30 % (12) Väter, die ganztags und Mütter, die Teilzeit beschäftigt waren. Bei 25 % (10) ging der Vater ganztags zur Arbeit, die Mutter war zu Hause. Wenn die in Schicht arbeitenden Väter dazugerechnet werden, vergrößert sich der jeweilige Anteil um weitere 5 % (2). Bei insgesamt 10 % (4) waren die Mütter ebenfalls ganztags oder in Schicht beschäftigt, wenn der Vater ganztags berufstätig war. Beide Eltern zu Hause wegen Berentung oder Arbeitslosigkeit hatten 12,5 % (5) der Kinder und Jugendlichen. Bei 2,5 % (1) war der Vater im Haushalt tätig, während die Mutter einer Teilzeitbeschäftigung nachging.

Von beiden Eltern wurde der jeweilige höchste allgemeinbildende Schulabschluss erfasst. Die erhobenen Daten sind aus Tabelle 5-4 ersichtlich. Mit 22,6 % (7) hatten die meisten Kinder Eltern mit einem Hauptschulabschluss. Bei 16,1 % (5) hatte der Vater einen Hauptschul-, die Mutter einen Realschulabschluss. 9,7 % (3) der Eltern hatten beide einen Realschulabschluss. Bei 3,2 % (1) hatte die Mutter eine Fachhochschule oder Universität besucht, der Vater die mittlere Reife abgeschlossen. Jeweils 3,2 % (1) der Mütter oder Väter hatten keinen Schulabschluss. 3,2 % (1) der Väter hatten einen Sonderschulabschluss. Bei 29,0 % (9) der Väter und bei 38,7 % (12) der Mütter war der Schulabschluss nicht bekannt.

Tab. 5-4: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Eltern der Analytestichprobe, N=31

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Eltern			Schulabschluss Vater / Ersatzvater					Gesamt ^a
			Kein Abschl.	Sonder-schule	Haupt-schule	Real-schule	Nicht bekannt	
Schulabschluss Mutter / Ersatzmutter	Kein Abschluss	Anzahl	1	-	-	-	-	1
		%	3,2 %	-	-	-	-	3,2 %
	Haupt-schule	Anzahl	-	1	7	-	2	10
		%	-	3,2 %	22,6 %	-	6,5 %	32,3 %
	Real-schule	Anzahl	-	-	5	3	2	10
		%	-	-	16,1 %	9,7 %	6,5 %	32,3 %
	Uni, Fachhochschule	Anzahl	-	-	-	1	-	1
		%	-	-	-	3,2 %	-	3,2 %
	unbekannt	Anzahl	-	-	1	-	8	9
		%	-	-	3,2 %	-	25,8 %	29,0 %
Gesamt ^a		Anzahl	1	1	13	4	12	31
		%	3,2 %	3,2 %	41,9 %	12,9 %	38,7 %	100%

^a von 15 Eltern fehlten die Angaben

Die Schichtzugehörigkeit des jeweils Höhergestellten in der Familie ist in Tabelle 5-5 dargestellt.

Tab. 5-5: Schichtzugehörigkeit des jeweils Höhergestellten, Analytestichprobe. N=46

Schichtzugehörigkeit	Analysestichprobe (N=46)	
	N	%
Angelernte Arbeiter und Berufe; selbständige ambulante Gewerbe (BAD 127: 1,2,7)	6	13,1
Facharbeiter, Handwerker, Angestellter; Gewerbetreibende (BAD 127: 3,8)	34	73,9
Mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst; Selbstständige Handwerker, Landwirte, Gewerbe (klein) (BAD 127: 4,9)	5	10,9
Höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst; mittlere Gewerbe (BAD 127: 5,10)	1	2,2
Gesamt	46	100^a

^a durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 100,1 %

Auch in der Analysestichprobe war die Schicht der Facharbeiter / Handwerker / Angestellten und Gewerbetreibenden mit 73,9 % (34) am häufigsten vertreten. Angelernte Arbeiter und Berufe sowie kleinste Gewerbe waren mit 13,1 % (6) vertreten, ähnlich häufig wie die Schicht der mittleren Angestellten, Beamten im mittleren Dienst oder der selbstständigen Handwerker, Landwirte, Gewerbe (klein) mit 10,9 % (5). Die Schicht der höher qualifizierten Angestellten, Beamten im gehobenen Dienst oder dem mittlere Gewerbe fanden wir bei 2,2 % (1) der Familien.

Klinische Merkmale der Analysestichprobe

Die Hauptdiagnosen nach ICD 10, erhoben mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4, verteilen sich in der Analysestichprobe folgendermaßen (siehe Tabelle 5-6):

Tab. 5-6: Achse I - Verteilung der Hauptdiagnosen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T 4, N=46

Klinisch-psychiatrische Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Anpassungsstörungen F43	2	4,3
Neurotische Störungen F4 ohne F43	2	4,3
Essstörungen F50.0 und F50.1	1	2,2
Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen F90	30	65,2
Störung des Sozialverhaltens F91 und F92	2	4,3
Emotionalstörung F93	7	15,2
Sonstige Verhaltensstörung F98	1	2,2
Umschriebene Entwicklungsstörung F83	1	2,2
Gesamt	46	100^a

^a durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 99,9 %

In der Analysestichprobe waren mit 80,4 % (37) die meisten Patienten den Diagnosengruppen „Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen“ und „Emotionalstörungen“ zugeteilt. Bei etwa 2/3 der Patienten (30) wurde die Diagnose einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung als Hauptdiagnose gestellt. An zweiter Stelle standen die Emotionalstörungen mit 15,2 % (7). Jeweils mit 4,3 % (2) waren die Diagnosen „Anpassungsstörungen“, „Neurotische Störungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ vertreten. Die Diagnosen „Essstörung“, „Sonstige Verhaltensstörung“ und „umschriebene Entwicklungsstörung“ wurden bei jeweils 2,2 % (1) der Patienten vergeben.

In der Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten auf Achse I eine zweite und dritte Diagnose als Komorbidität angegeben werden. Bei 58,7 % (27) der Patienten wurde eine einzige Diagnose gestellt, bei 37 % (17) eine zweite und bei 4,3 % (2) wurden drei Diagnosen auf Achse I vergeben. Damit war bei über 40 % (19) der Patienten eine Komorbidität auf Achse I vorhanden.

Die genaue Aufschlüsselung der Begleiterkrankungen ist in folgenden Tabellen wiedergegeben.

Tab. 5-7: Achse I - Verteilung der Zweitdiagnosen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46

Klinisch-psychiatrische 2. Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Affektive Störungen F3	1	5,3
Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen F90	4	21,1
Emotionalstörung F93	4	21,1
Tics F95	4	21,1
Sonstige Verhaltensstörung F98	4	21,1
Rest	2	10,5
Gesamt	19^a	100^b

^a bei 27 Patienten wurde keine zweite Achse-I-Diagnose gestellt

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 100,2 %

Als Drittdiagnosen wurden folgende vergeben:

Tab. 5-8: Achse I - Verteilung der Drittdiagnosen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46

Klinisch-psychiatrische 3. Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen F90	1	50,0
Sonstige Verhaltensstörung F98	1	50,0
Gesamt	2^a	100

^a bei 44 Patienten wurde keine dritte Achse-I-Diagnose gestellt.

Jeweils ein Patient (50%) erhielt die Diagnose einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung oder einer sonstigen Verhaltensstörung.

Auf Achse II des Multiaxialen Diagnosensystems werden etwaige Entwicklungsrückstände abgebildet. Die Häufigkeit dieser in der Analysestichprobe ist in Tabelle 5-9 zu ersehen.

Tab. 5-9: Achse II, Anteil der Patienten der Analysestichprobe mit umschriebenen Entwicklungsstörungen zum Zeitpunkt T4, N=46

Entwicklungsstörungen	N	%
Patienten mit Entwicklungsrückstand	19	41,3
Patienten ohne Entwicklungsrückstand	27	58,7
Gesamt	46	100

Mit 58,7 % (27) wiesen etwas über der Hälfte der Patienten keinen Entwicklungsrückstand auf. Bei 41,3 % (19) war dieser jedoch nachweisbar.

Die Teilleistungsstörungen gemäß ihrer Diagnose nach ICD 10 werden differenziert in Tabelle 5-10 dargestellt.

Tab. 5-10: Achse II, Umschriebene Entwicklungsstörungen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46

Häufigkeit der Diagnosen	N	% ^a
Legasthenie	8	17,4
Rechenschwäche	1	2,2
Sprach- und Sprechstörung	3	6,5
Motorischer Entwicklungsrückstand	3	6,5
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	4	8,7
Andere	2	4,3
Gesamt	21 ^b	45,6

^a bezogen auf die Gesamtstichprobe (N=46)

^b Mehrfachnennungen möglich

Wir fanden einen hohen Prozentsatz an Patienten mit einer Legasthenie, nämlich 17,4 % (8), gefolgt von kombinierten Entwicklungsstörungen mit 8,7 % (4). Sprach- und Sprechstörungen sowie motorische Entwicklungsstörungen waren bei jeweils 6,5 % (3) der Kinder und Jugendlichen nachweisbar. Eine Rechenschwäche wurde bei 2,2 % (1) Patienten diagnostiziert. Weitere Entwicklungsstörungen, wie umschriebene Störungen schulischer Fertigkeiten und andere, traten bei 4,3 % (2) des Patientenguts auf. Eine einzige Nennung auf Achse II fanden wir bei 37 % (17) der Kinder und Jugendlichen, eine zweite Nennung bei 4,3 % (2), bezogen auf die Gesamtstichprobe. Eine dritte Nennung erfolgte bei keinem Patienten.

Das Intelligenzniveau der Patienten und Patientinnen wurde auf Achse III des MAS erfasst. Tabelle 5-11 stellt die Verteilung der Intelligenzquotienten der Kinder und Jugendlichen der Analysestichprobe dar.

Tab. 5-11: Achse III – Intelligenzniveau der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N = 43

Intelligenzniveau	IQ-Werte	N	%
hohe Intelligenz	115 - 129	3	7,0
Durchschnittliche Intelligenz	85 - 114	38	88,4
Niedrige Intelligenz	70 - 84	2	4,7
Gesamt		43 ^a	100 ^b

^a bei 3 Patienten fehlten die Angaben.

^b durch Auf- und Abrundungen ergibt sich bei Summierung 100,1 %

Der weit überwiegende Anteil mit 88,4 % (38) der Analysestichprobe war Normintelligent. Der Anteil der Patienten mit hoher oder niedriger Intelligenz war in etwa vergleichbar. 7,0 % (3) waren überdurchschnittlich begabt, 4,7 % (2) unterdurchschnittlich begabt. Dies entspricht der zu erwartenden Häufigkeiten bei der Normalverteilung der Daten.

Achse IV des multiaxialen Diagnosesystems erfasst die körperlichen Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen. In der Analysestichprobe wurde bei keinem Patienten eine wesentliche körperliche Erkrankung dokumentiert.

Abnorme psychosoziale Lebensumstände nach Achse V des MAS waren bei 50 % (13) der Kinder und Jugendlichen nachzuweisen, wie Tabelle 5-12 zeigt.

Tab. 5-12: Achse V, Abnorme psychosoziale Lebensumstände der Analysestichprobe. N=46

Abnorme psychosoziale Lebensumstände	Analysestichprobe (N=46)	
	N	%
Auffälligkeit auf Achse V	13	50,0
Keine Auffälligkeit auf Achse V	13	50,0
Gesamt	46	100

In der Analysestichprobe wiesen zum Zeitpunkt T4 36,9 % (17) der Kinder ein oder zwei psychosoziale Belastungen auf, 13 % (6) drei bis sechs Belastungen. Im Mittel waren 1,15 (Standardabweichung 1,673) Belastungen verzeichnet.

Bei den Belastungsfaktoren auf Achse V wurden 9 Untergruppen erfasst. Die Häufigkeitsverteilung der erhobenen Daten ist in Tabelle 5-13 dargestellt.

Bei insgesamt 58,7 % (27) der Kinder und Jugendlichen waren Belastungen im familiären Kontext nachzuweisen. Den größten Anteil mit 26,1 % (12) machten dabei psychische Störungen / abweichendes Verhalten / Behinderungen in der Familie aus, gefolgt von abnormen intrafamiliären Beziehungen mit 21,7 % (10) und inadäquater intrafamiliären Kommunikation mit 8,7 % (4). Bei 2,2 % (1) wurden abnorme Erziehungsbedingungen erfasst.

Außerhalb der Familie war bei 19,6 % (9) eine abnorme unmittelbare Umgebung belastend. 15,2 % (7) wiesen belastende Lebensereignisse in der aktuellen Anamnese auf. Jeweils 4,3 % (2) wiesen gesellschaftliche Belastungen oder chronische Belastungen im schulischen Bereich, beziehungsweise Arbeitsumfeld, auf. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes wurden in der Analysestichprobe nicht gefunden.

Tab. 5-13: Achse V, Aktuell vorliegende abnorme psychosoziale Umstände der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46

Abnorme psychosoziale Umstände	Auffälligkeit ^a		Keine Auffälligkeit ^b	
	N	%	N	%
Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	10	21,7	36	78,3
Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	12	26,1	34	73,9
Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	4	8,7	42	91,3
Abnorme Erziehungsbedingungen	1	2,2	45	97,8
Abnorme unmittelbare Umgebung	9	19,6	37	80,4
Akute belastende Lebensereignisse	7	15,2	39	84,8
Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	2	4,3	44	95,7
Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	2	4,3	44	95,7
Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes	–	–	46	100

^a Diese Zahlen setzen sich zusammen aus denjenigen Patienten, bei denen nach Angaben des Therapeuten generell Auffälligkeiten auf Achse V vorliegen (s. Tab. 5-36), zuzüglich denjenigen, die Auffälligkeiten im Bereich der jeweiligen Kategorie zugesprochen bekommen haben. Die Angaben der Auffälligkeiten und Nicht-Auffälligkeiten summieren sich zeilenweise zur Gesamtstichprobe auf.

^b Analog setzen sich diese Werte zusammen aus denjenigen Patienten, bei denen generell keine Auffälligkeiten auf Achse V vorliegen (s. Tab. 5-36), zuzüglich denjenigen, die keine Auffälligkeiten im Bereich der jeweiligen Kategorie zugesprochen bekommen haben. Die Angaben zu Auffälligkeiten und Nicht-Auffälligkeiten summieren sich zeilenweise zu 100 %.

Die Achse VI des MAS als letzte beschreibt das globale Funktionsniveau und wird – als Verlaufsmerkmal – bei den Veränderungsmessungen in Kapitel 5.3 aufgeführt.

5.2 Deskriptive Ergebnisse zu den Behandlungsdaten

Im folgenden Kapitel wird der Kontext, in dem die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in der Institutsambulanz des Johanniter-Zentrums stattfand, differenziert dargestellt. Zunächst wird auf den Abstand zwischen den Erhebungen eingegangen, anschließend werden die Behandlungsintensität sowie die durchgeführten und empfohlenen oder eingeleiteten Maßnahmen erläutert. Diese Darstellungen bieten die Grundlagen für die im nächsten Kapitel dargelegten Verlaufsbeschreibungen zur Symptomausprägung, der Lebensqualität und des globalen Funktionsniveau.

Abstand zwischen den Erhebungen

Die erste Erhebung (T1) erfolgte zum Zeitpunkt der Anmeldung zur ambulanten Untersuchung durch postalisches Versenden von Fragebögen an die Eltern und Patienten zur Lebensqualität und Symptomausprägung. Die Vorstellung in der Ambulanz erfolgte bei den Patienten, die zur Studie gewonnen wurden, in einem Zeitraum von 4 Wochen bis 4 Monaten später. Zu diesem Termin (T2) wurden zusätzlich zu den Daten der Patienten und Eltern von den Therapeuten Informationen zur klinisch-psychiatrischen Symptomatik, zur Lebensqualität, zur Symptomausprägung sowie einige Basisdaten erhoben. Die dritte Erhebung (T3) erfolgte 6 Monate, die vierte (T4) 12 Monate nach dem Erstgespräch, wobei jeweils eine Kulanzzeit von 4 Wochen vor und nach dem Stichtag gewährt wurde.

Die Zeiten konnten zwischen den ersten beiden Erhebungen (T1 und T2) mit einem Mittelwert von 83,4 Tagen (Standardabweichung 35,64 Tage), Minimum von 0 Tagen und einem Maximum von 186 Tagen zum überwiegenden Anteil, bis auf leichte Verschiebungen, eingehalten werden. Die meisten Erhebungen hatten einen Abstand von 40 bis 140 Tagen. Dies entspricht einer Dauer von etwa 1 bis 5 Monaten.

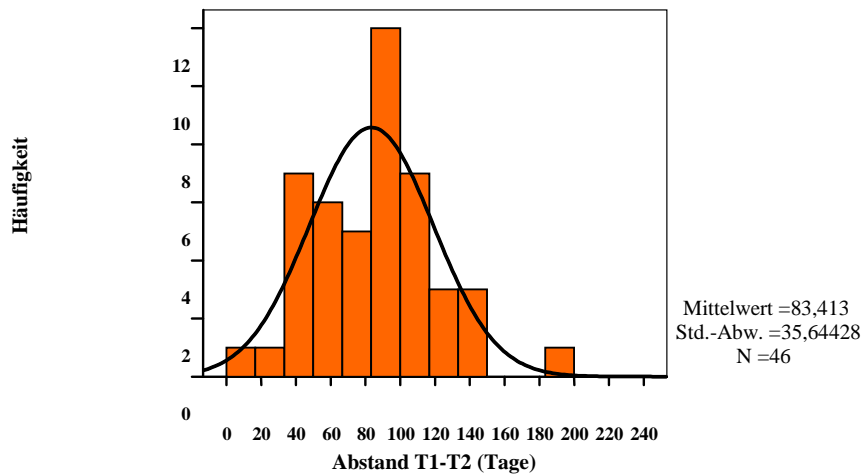


Abb. 5-4: Abstand zwischen den Erhebungen T1 und T2 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46

Die Abstände zwischen den Erhebungszeitpunkten T2 (Erstgespräch in der Ambulanz) und T3 (erste Verlaufskontrolle unter der Behandlung) zeigten einen Mittelwert von 190,4 Tagen (Standardabweichung 20,5 Tage) mit einem Minimum von 152 Tagen und einem Maximum von 274 Tagen. Die meisten Erhebungen erfolgten zwischen 150 und 230 Tagen (also etwa 5 bis 7 Monaten), wie Abbildung 5-5 wiedergibt.

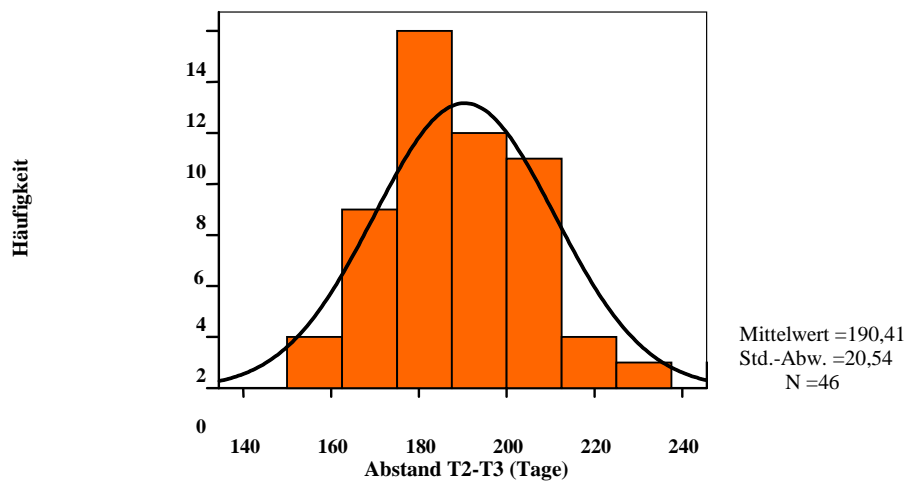


Abb. 5-5: Abstand zwischen den Erhebungen T2 und T3 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46

In Abbildung 5-6 sind die Abstände zwischen der Erhebung T3 und dem letzten Erhebungszeitpunkt 12 Monate nach dem Aufnahmegespräch T4 (mit jeweils einer Kulanzzzeit von 4 Wochen vor und nach dem Stichtag) dargestellt. Auch hier konnten die Erhebungszeiträume mit einem Minimum von 104 Tagen und einem Maximum von 215 Tagen, mit einem Mittelwert von 174,5 Tagen (SD 21,4 Tage) weitestgehend eingehalten werden. Die meisten Messungen wiesen einen Abstand von 130 bis 220 Tagen (entsprechend 4,3 bis 7,3 Monaten) auf.

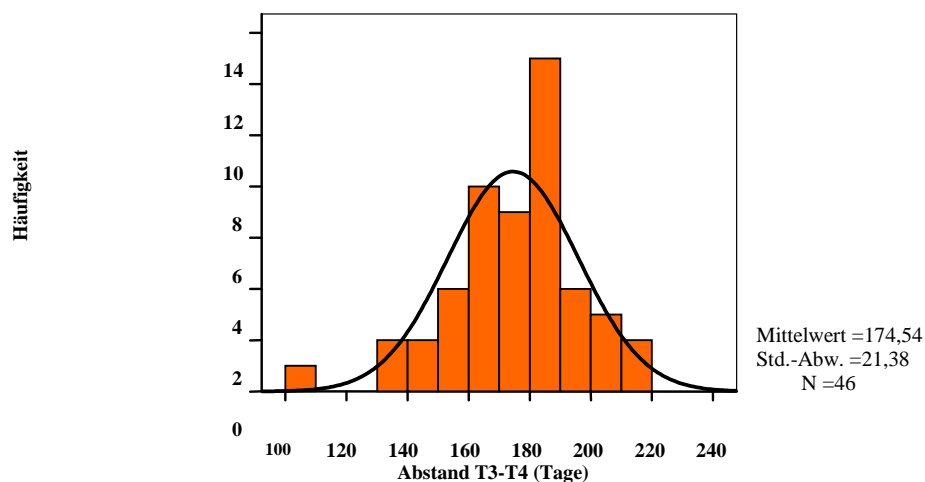


Abb. 5-6: Abstand zwischen den Erhebungen T3 und T4 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46

Der Zeitraum zwischen T2 und T4 spiegelt den eigentlichen Behandlungszeitraum der Analysestichprobe wieder. Dieser ist in Abbildung 5-7 dargestellt. Mit einem Mittelwert von 365 Tagen (SD 19,5 Tage), Minimum 315 Tage, Maximum 418 Tage, konnte das Ziel, die Patienten über einen Behandlungszeitraum von 1 Jahr zu begleiten, gut erreicht werden.

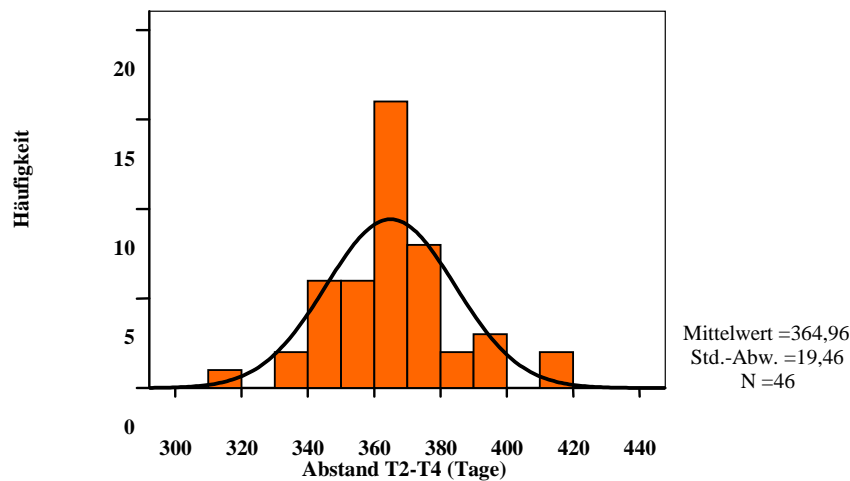


Abb. 5-7: Abstand zwischen den Erhebungen T2 und T4 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46

Zum Abschluss wird der gesamte Erhebungszeitraum vom ersten postalischen Kontakt zu den Patienten und deren Eltern (T1) bis zur letzten Messung 1 Jahr nach der Behandlungsaufnahme (T4) in Abbildung 5-9 aufgeführt. Der Mittelwert lag bei 448,4 Tagen (SD 35,9 Tage) mit einem Minimum von 360 und einem Maximum von 520 Tagen. Im Mittel waren die Studienteilnehmer also etwa 15 Monate unter Beobachtung, die meisten zwischen 14 und 16 Monaten.

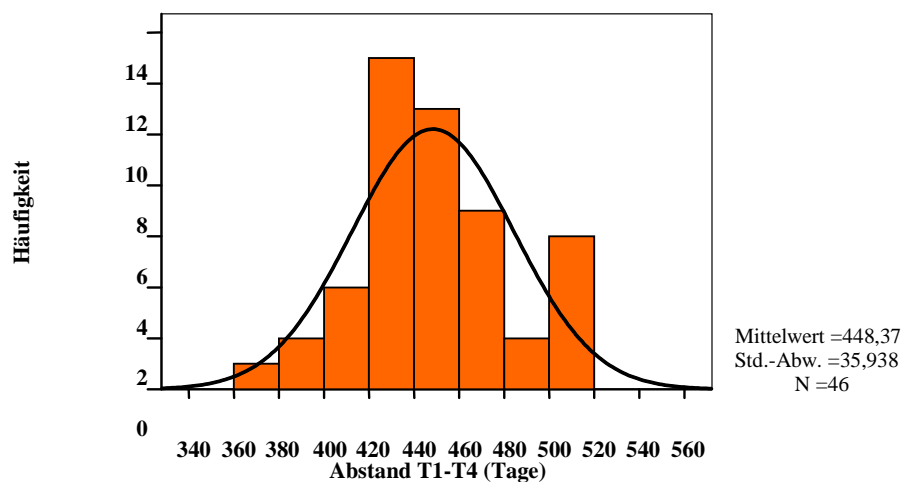


Abb. 5-8: Abstand zwischen den Erhebungen T1 und T4 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46

Behandlungsdaten

Die Daten zur Behandlung konnten bei den 46 Patienten der Analysestichprobe aus der Basisdokumentation für Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Erhebungszeitpunkt T4 gewonnen werden. Wie in obiger Abbildung 5-8 zu sehen, waren die Studienteilnehmer im Mittel 365 Kalendertage (Standardabweichung 19,5 Tage), also etwa 1 Jahr, in Behandlung. In dieser Zeit wurden die unten angegebenen Maßnahmen durchgeführt.

Die medikamentöse Therapie wurde detailliert kodiert nach der Medikamentengruppe, der Wirkung sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Die Daten sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt.

Tab. 5-14: Anteil der Medikamentenverordnungen, aufgeschlüsselt nach Wirksamkeit und Therapieresistenz zum Zeitpunkt T4 (Analysestichprobe), N=46

Medikamentöse Therapie	Ohne Probleme		Therapieresistenz	
	N	%	N	%
Neuroleptika	1	2,2	-	-
Atypische Neuroleptika	-	-	-	-
Trizyklische Antidepressiva	1	2,2	-	-
Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)	1	2,2	-	-
Antikonvulsiva	-	-	-	-
Stimulanzien	22	47,8	1	2,2
Andere Psychopharmaka	1	2,2	-	-

Stimulanzien waren die Medikamentengruppe, die am mit 47,8 % (22) am häufigsten verordnet wurden. Zum Zeitpunkt der Datenerfassung war das für die Behandlung von Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen später zugelassene Arzneimittel Atomoxetin noch nicht zugelassen, so dass zur Behandlung dieser Symptomatik Stimulanzien als Mittel der ersten und zweiten Wahl zu gelten hatten. Bei 2,2 % (1) wurde darunter eine Therapieresistenz beobachtet. Typische Neuroleptika, trizyklische Antidepressiva, Serotoninwiederaufnahmehemmer und andere Psychopharmaka (z. B. Tiaprid) wurden bei jeweils 2,2 % (1) erfolgreich ohne Probleme angewendet. Antikonvulsiva, Tranquilizer, Lithium und atypische

Neuroleptika wurden in der Analysestichprobe nicht verordnet. Erhebliche unerwünschte Wirkungen wurden in keinem Fall kodiert.

Die angewandten Therapieverfahren wurden durch die Therapeuten mittels der Basisdokumentation erfasst. In den folgenden Darstellungen werden die Therapiemethoden, eingeteilt nach kindzentrierter, elternzentrierter oder kontextzentrierter Behandlung, gemäß ihrer Häufigkeit differenziert aufgeführt.

Tab. 5-15: Kindzentrierte Psychotherapie gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Analysestichprobe, N=46

Kind- zentrierte Psycho- therapie ^a	Kinder- und Jugend- psychiat- rische Behandl.		KJP- Behandl. unter Einbezie- hung der Bezugs- person		Tiefen- psycholo- gisch fundierte Psycho- therapie		Verhaltens- therapie		Spiel- therapie		Gruppen- therapie		PT – Andere Verfahren	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine	24	52,2	9	19,6	45	97,8	23	50,0	45	97,8	35	76,1	45	97,8
1 bis 5	10	21,7	18	39,1	1	2,2	12	26,1	1	2,2	2	4,3	1	2,2
6 bis 10	11	23,9	18	39,1	-	-	8	17,4	-	-	6	13,0	-	-
11 bis 25	1	2,2	1	2,2	-	-	3	6,5	-	-	3	6,5	-	-
Gesamt	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100

^a Mehrfachnennungen waren möglich

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung unter Einbeziehung der Bezugsperson erhielt der überwiegende Anteil der Patienten mit 80,4 % (37), bei jeweils 39,1 % (18) in 1 bis 5 oder 6 bis 10 Sitzungen. 11 bis 25 Behandlungen wurden bei 2,2 % (1) der Analysestichprobe durchgeführt.

Entsprechend der therapeutischen Ausrichtung des Johanniter-Zentrums stand an zweiter Stelle die Verhaltenstherapie, die bei der Hälfte der Studienteilnehmer (23) angewandt wurde mit einer Frequenz von 1 bis 5 Sitzungen bei 26,1 % (12), von 6 bis 10 Sitzungen bei 17,4 % (8) und mit 11 bis 25 Sitzungen bei 6,5 % (3).

Knapp die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, nämlich 47,8 % (22), erhielt eine kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung mit meist 6 bis 10 Sitzungen bei 23,9 % (11) oder 1 bis 5 Sitzungen bei 21,7 % (10). 11 bis 25 Termine wurden bei 2,2 % (1) geleistet.

An Gruppentherapien nahmen in der Ambulanz 23,8 % (11) der Teilnehmer der Analysestichprobe teil. Bei 13 % (6) wurden 6 bis 10 Sitzungen absolviert, bei 6,5 % (3) 11 bis 25 Sitzungen, bei 4,3 % (2) 1 bis 5 Sitzungen.

Weitere Therapien wie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Spieltherapie oder andere Therapien erhielten jeweils 2,2 % (1) mit einer Häufigkeit von 1 bis 5 Terminen im Beobachtungszeitraum.

Die Arbeit mit dem familiären Umfeld ist insbesondere bei jüngeren Kindern ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Tabelle 5-16 gibt die elternzentrierte Behandlung wieder, die in der Analysestichprobe innerhalb des Jahres durchgeführt wurde.

Tab. 5-16: Elternzentrierte Behandlung gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Analysestichprobe, N=46

Eltern- zentrierte Behandlung ^a	Anleitende Familiensitzung		Familien- therapie		Patienten- bezogene Elterntherapie		Eltern- gruppe		Andere	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine	18	39,1	40	87,0	37	80,4	44	95,7	46	100
1 bis 5	24	52,2	3	6,5	8	17,4	-	-	-	-
6 bis 10	4	8,7	2	4,3	1	2,2	2	4,3	-	-
11 bis 25	-	-	1	2,2	-	-	-	-	-	-
Gesamt	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100

^a Mehrfachnennungen waren möglich

Am häufigsten wurden mit 60,9 % (28) anleitende Familiensitzungen durchgeführt, mit Frequenzen von zumeist bis 5 Sitzungen (52,2 %, entsprechend 24 Patienten), aber in 8,7 % (4) auch 6 bis 10 mal. Die auf Patienten bezogene Elterntherapie hatte eine Häufigkeit von 19,6 % (9), mit 1 bis 5 Sitzungen bei 17,4 % (8) und 6 bis 10 Terminen bei 2,2 % (1). Familientherapie im engeren Sinne wurde bei 13 % (6) angewandt. Die Anzahl der Sitzungen belief sich auf 1 bis 5 bei 6,5 % (3), auf 6 bis 10 bei 4,3 % (2) und auf 2,2 % (1) der Familien

der Analysestichprobe. Elterngruppen kamen bei 4,3 % (2) in einer Frequenz von 6 bis 10 Terminen im Jahr zur Anwendung. Andere auf Eltern bezogene Therapien wurden nicht dokumentiert.

Bei den Kindern und Jugendlichen wurden zudem funktionelle Behandlungen angewandt. Diese sind in Tabelle 5-17 aufgezeigt.

Tab. 5-17: Kindzentrierte funktionelle Behandlung gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Analysestichprobe, N=46

Kind- zentrierte funktionelle Behandlung ^a	Arbeits- therapie, Heilpädagogik		Bewegungs-/ Moto- therapie		Logopädie		Kunst-/ Musik- therapie		Teil- leistungs- training		Andere	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Keine	34	73,9	46	100	44	95,7	46	100	43	93,5	45	97,8
1 bis 5	1	2,2	-	-	-	-	-	-	1	2,2	-	-
6 bis 10	1	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,2
11 bis 25	7	15,2	-	-	-	-	-	-	2	4,3	-	-
26 bis 50	3	6,5	-	-	2	4,3	-	-	-	-	-	-
Gesamt	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100	46	100

^a Mehrfachnennungen waren möglich.

Am häufigsten kamen mit 26,1 % (12) eine Arbeitstherapie (hierunter fassten wir auch die Ergotherapie) oder eine Heilpädagogik zur Anwendung, bei 15,2 % (7) in einer Frequenz von 11 bis 25 Stunden, bei 6,5 % (3) mit 26 bis 50 Stunden und bei jeweils 2,2 % (1) mit 1 bis 5 oder 6 bis 10 Stunden.

Ein Teilleistungstraining erhielten 6,5 % (3), bei 4,3 % (2) mit 11 bis 25 Sitzungen, bei 2,2 % (1) mit 1 bis 5 Sitzungen. 2,2 % (1) der Analysestichprobe nahm mit 26 bis 50 Sitzungen an Logopädie teil. 2,2 % (1) der Patienten erhielt eine andere funktionelle Behandlung mit 6 bis 10 mal. Kunst- oder Musiktherapie sowie Motopädie wurde nicht angewandt.

Die Einbeziehung des weiteren Umfeldes der Kinder und Jugendlichen über die Familie hinaus gehört mit zur kontextzentrierten Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Bemühungen diesbezüglich sind in Tabelle 5-18 zur Soziotherapie aufgeschlüsselt.

Tab. 5-18: Soziotherapie gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Mehrfachnennungen möglich, Analysestichprobe, N=46

Sozio- therapie^a	Beratungen Kindergarten, Schule	Beratungen von Heimen	Beratungen Sozialer Dienste	Teilnahme Hilfeplan- gespräche	Beratungen anderer Therapeuten	Home- treatment
N	8	-	2	-	-	-
%	17,4	-	4,3	-	-	-

^a Mehrfachnennungen waren möglich.

Die soziotherapeutischen Maßnahmen bezogen sich zu 17,4 % (8) auf Beratungen von Kindergarten und Schule. Bei 4,3 % (2) der Analysestichprobe wurden soziale Dienste beraten.

5.3 Überprüfung der Hypothesen

Während es in den bisherigen Auswertungen um die deskriptive Beschreibung der Stichprobe anhand unterschiedlicher Merkmale ging, soll im folgenden Abschnitt die Frage der Wirksamkeit der Interventionen in der Institutsambulanz des Johanniter-Zentrums überprüft werden. Durch das Design der Studie konnte eine Wartekontrollbedingung (Eigenkontrollgruppe) gebildet werden, so dass eine kontrollierte Studie mit einem Vergleich von behandelten versus nicht behandelten Patienten durchgeführt werden konnte.

In die Hypothesenprüfung gingen alle die Patienten ein, bei denen zu allen 4 Zeitpunkten eine Messung durchgeführt werden konnte (N=46 Patienten). Hierdurch war es möglich,

- die Veränderungen über 4 Messzeitpunkte im Beobachtungszeitraum zu analysieren und insbesondere
- die Veränderungen in der Wartezeit mit den Veränderungen nach erfolgter Intervention zu vergleichen.

Als Kriterienmaße wurden verwendet:

- Psychopathologie bzw. Psychiatrische Symptombelastung des Kindes/Jugendlichen (CBCL-Gesamtwert [T-Wert]; Informationsquelle: Eltern). Es lagen vollständige CBCL-Daten für alle 4 Zeitpunkte bei 42 Patienten vor.
- Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen aus Elternsicht (ILK-Elternversion-Gesamtwert LQ28 [Rohwert]; Informationsquelle: Eltern). Es lagen vollständige ILK-Eltern-Daten für alle 4 Zeitpunkte bei 41 Patienten vor.
- Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen aus Patientensicht (ILK-Kinder-Jugendlichenversion-Gesamtwert LQ28 [Rohwert]; Informationsquelle: Kinder/Jugendliche). Es lagen 38 vollständige ILK-Kinder-Jugendlichen-Daten für alle 4 Zeitpunkte bei 42 Patienten vor.

Es sollen zwei Hypothesen überprüft werden:

Hypothese 1: Im Beobachtungszeitraum zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung in der Psychopathologie und in der Lebensqualität der Patienten.

Operationalisierung: Es zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung über die 4 Messzeitpunkte von T1 zu T4 bei den drei Kriterienmaßen.

Hypothese 2: Die ambulante Behandlung ist wirksam.

Operationalisierung: Die Verbesserungen im Behandlungs- und Follow-up-Zeitraum (von T2 nach T3 bzw. von T2 nach T4) sind bedeutsam besser als die Veränderungen in der Wartezeit (von T1 zu T2).

Überprüfung der Hypothese 1

Zur Überprüfung, ob im Beobachtungszeitraum bedeutsame Verbesserungen in der Psychopathologie und in der Lebensqualität der Patienten zu finden waren, wurden parametrische Tests eingesetzt, da die Zielkriterien intervallskaliert waren. Von einer annähernd symmetrischen Verteilung der Daten (CBCL und ILK) war aufgrund der vorliegenden Normierungen der Verfahren auszugehen. Die Vorraussetzungen zur Anwendung parametrischer Tests waren daher weitgehend erfüllt (siehe Clauß, 2002, S. 181 ff.). Insbesondere die Varianzanalyse ist zudem relativ robust gegenüber geringfügigen Verletzungen der Testvoraussetzungen.

Bei Erhebungen zu mehreren Zeitpunkten an derselben Gruppe handelt es sich um Messungen an abhängigen Stichproben. Um Veränderungen zwischen den 4 Messzeitpunkten erfassen zu können, entschied man sich für eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholungsdesign zu 4 Messzeitpunkten gemäß der SPSS-Prozedur „Allgemeines lineares Modell“ (siehe Bühl & Zöfel, 2002, S. 420-429). Dabei sind auch unvollständige Messwiederholungen erlaubt; die Anzahl der Beobachtungen darf also für die Subjekte variieren.

Bei einem derartigen Vorgehen sind die Grenzen der univariaten Signifikanzprüfung zu beachten. Ein bedeutsamer statistischer Test sagt nur etwas aus über die Sicherheit, mit der ein Effekt nachgewiesen werden kann, aber nichts über dessen praktische und klinische

Bedeutsamkeit (siehe Bortz & Lienert, 2008 S. 48 ff, Bortz & Döring, 2006 S. 27 ff und S.501).

In methodischer Hinsicht sind vor allem die Regression zur Mitte bei Mehrfachmessungen oder die Alpha-Inflation bei der Durchführung zu vieler Signifikanztests zu berücksichtigen. Durch eine entsprechende Alpha-Adjustierung sollte zumindest das letzte Problem behoben werden können. Zur Sicherung des globalen Signifikanzniveaus α wurde jeder dieser Paarvergleiche nach BONFFERONI mit dem adjustierten Risiko

$$\alpha^* = \alpha / m$$

durchgeführt (siehe Clauß et al., 2002). Dabei entspricht „ α “ dem Signifikanzniveau 0,05, „ m “ der Anzahl der durchgeführten Tests.

Neben den Angaben zur statistischen Bedeutsamkeit der Veränderungen wurden diese zusätzlich durch die Berechnung von Effektstärken gekennzeichnet, um über dieses Maß die Größe der Veränderung im Sinne von praktisch-klinischer Bedeutsamkeit zu beschreiben. Als Maß für die Effektstärke wurde die Formel für Cohens d verwendet, also die „Mittelwertdifferenz durch die gepoolte Standardabweichung“ (Cohen, 1988). Für die Prä-Post-Effektstärken wurden Differenzen von Prätestwert und Posttestwert verwendet:

$$ES_{(\text{Prä vs. Post})} = (M_{\text{prä}} - M_{\text{post}}) / SD_{\text{gepoolt}}$$

Insgesamt wurden drei Rechnungen erstellt, je eine für jede Kriterienvariable (CBCL, ILK-Eltern, ILK-Kinder-Jugendliche). Für die CBCL-Skalen wurden die ermittelten T-Werte als Kriterienmaß, für die ILK-Eltern- und ILK-Kinder-Jugendlichen-Bögen die LQ-28-Rohwerte gewählt. Laut ILK-Manual (Mattejat & Remschmidt, 2006, S. 20 ff.) wird dieser aus den ersten 7 Items des ILK berechnet. Mindestens 4 gültige Werte müssen vorliegen. Durch Aufsummierung der Item-Rohwerte und Durchführung der Missing-Korrektur ergibt sich zunächst für den „Problemscore 35“ folgende Formel:

$$\text{Problemscore PR}_{0-35} = [\sum(7 \text{ Items}) / \text{Anzahl gültiger Werte}] * 7$$

Der Lebensqualitätsscore 28 berechnet sich mit:

$LQ_{0-28} = \text{ABSOLUT (Problemscore PR}_{0-35} \text{ minus 35)}$. Falls der errechnete Score Nachkommastellen hat, wird auf- oder abgerundet.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt.

Tab. 5-19: Varianzanalysen mit Messwiederholungen zu den Zeitpunkten T1, T2, T3, T4 mit Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD)

	CBCL (T-Wert)		ILK-Eltern (LQ-28-Rohw.)		ILK-Jugendliche (LQ-28-Rohw.)	
Zeitpunkt:	M	SD	M	SD	M	SD
T1	67,64	7,86	17,82	3,82	20,09	3,29
T2	65,19	9,15	17,63	2,85	20,21	3,21
T3	63,14	8,88	19,17	3,57	21,40	3,32
T4	60,76	9,33	19,04	3,25	21,34	3,99
Ergebnis der Varianzanalyse:	N=42; F=8,71; df ^a =3; Hotelling-Spur – p ≤ 0,0005* [Berechnungsgrenze]		N=41; F=4,43; df=3; Hotelling-Spur – p ≤ 0,009*		N=38; F=0,171; df=3; Hotelling-Spur – p ≤ 0,198	

^a df= Anzahl der Freiheitsgrade

* statistisch bedeutsame Werte

Bei den zwei Kriterienvariablen CBCL und ILK-Eltern konnten mit $p \leq 0,0005$ bzw. $p \leq 0,009$ statistisch signifikante Werte gefunden werden. Die Hypothese 1 ließ sich für diese Merkmale bestätigen: Es zeigte sich eine deutliche und kontinuierliche Verbesserung der Symptomausprägung und der Lebensqualität aus Sicht der Eltern. Die Ergebnisse waren statistisch signifikant, auch dann, wenn man wegen Mehrfachtestung der Hypothese aufgrund der 3 Zielkriterien eine BONFERRONI-Korrektur anwendet. Bei der Prüfung der Hypothesen wurden insgesamt 9 Tests durchgeführt. Die erste Hypothese wurde durch 3 Tests überprüft bei 3 Kriterienmaßen, die zweite Hypothese durch insgesamt 6 Tests bei ebenfalls 3 Kriterienmaßen, wobei 3 Zeiträume vorlagen. Damit ergab sich mit der BONFERRONI-Regel:

(Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$) / (Anzahl der Testungen = 9) $\rightarrow \alpha = 0,0055$

ein α – Niveau von 0,0055.

Bei einer Kriterienvariable (ILK-Kinder-Jugendliche) zeigte sich rein deskriptiv die gleiche Tendenz, wobei die etwas geringere Fallzahl dabei zu berücksichtigen ist.

Für eine genauere Analyse wurden bei den beiden statistisch bedeutsamen Ergebnissen (CBCL und ILK-Eltern) noch die Einzelkontraste betrachtet (Tab. 5-20, 5-21).

Tab. 5-20: Einzelkontraste (p-Werte), Prä-Post-Effektstärken (ES) und Mittlere Differenzen (MD) zwischen den Messzeitpunkten bei den CBCL-Werten

		Messzeitpunkt		
		T2	T3	T4
Messzeitpunkt	T1	p ^a =0,85 ES ^b =0,28 MD=2,452	p=0,004* ES=0,53 MD=4,500	p≤0,0001* ES=0,79 MD=6,881
	T2	-	p=0,638 ES=0,22 MD=2,048	p=0,001* ES=0,48 MD=4,429
	T3	-	-	p=0,141 ES=0,26 MD=2,381

^a Die Einzelkontraste sind in jeder einzelnen Rechnung nach Bonferroni korrigiert

^b Als Maß für die Effektstärke wird die Formel für Cohens d verwendet (Mittelwertsdifferenz durch gepoolte Standardabweichung“. Für die Prä-Post-Effektstärken wurde Differenzen von Prätestwert und Posttestwert verwendet: $ES_{(Prä \text{ vs. post})} = (M_{prä} - M_{post}) / SD_{gepoolt}$.

* statistisch bedeutsame Werte

Tab. 5-21: Einzelkontraste (p-Werte), Prä-Post-Effektstärken (ES) und Mittlere Differenzen (MD) zwischen den Messzeitpunkten bei den ILK-Elternangaben (LQ28)

		Messzeitpunkt		
		T2	T3	T4
Messzeitpunkt	T1	p ^a =1,000 ES ^b =0,05 MD=0,195	p=0,076 ES=-0,36 MD=-1,341	p=0,132 ES=-0,34 MD=-1,220
	T2	-	p=0,022* ES=-0,47 MD=-1,537	p=0,017* ES=-0,46 MD=-1,415
	T3	-	-	p=1,000 ES=0,03 MD=0,122

^a Die Einzelkontraste sind in jeder einzelnen Rechnung nach Bonferroni korrigiert

^b Als Maß für die Effektstärke wird die Formel für Cohens d verwendet (Mittelwertsdifferenz durch gepoolte Standardabweichung“. Für die Prä-Post-Effektstärken wurde Differenzen von Prätestwert und Posttestwert verwendet: $ES_{(Prä \text{ vs. post})} = (M_{prä} - M_{post}) / SD_{gepoolt}$.

* statistisch bedeutsame Werte

Bei der Symptomausprägung oder Psychopathologie aus Sicht der Eltern ergab sich dabei folgendes Bild (siehe Tab. 5-20): Es zeigten sich Verbesserungen in der Wartezeit (von T1 nach T2), die aber statistisch nicht bedeutsam waren. Statistisch bedeutsame Verbesserungen zeigten sich erst nach den therapeutischen Interventionen (von T1 nach T3; von T1 nach T4; von T2 nach T4). Interessanterweise zeigten sich keine bedeutsamen Verbesserungen von T2 nach T3, d. h. die Verbesserungen in der Psychopathologie waren langfristig (1 Jahr nach Behandlungsbeginn) deutlicher und überzeugender als kurzfristig (1/2 Jahr nach Behandlungsbeginn).

In der Lebensqualität (ILK-Elternangaben) zeigte sich in der Wartezeit rein deskriptiv sogar eine leichte Verschlechterung (nicht bedeutsam). Bedeutsame Verbesserungen zeigten sich von T2 nach T3 und von T2 nach T4.

Das Ausmaß der jeweiligen Verbesserung lässt sich am besten an den Effektstärken ablesen (siehe Tabellen 5-20, 5-21 und 5-22).

Tab. 5-22: Prä-Post-Effektstärken (ES) und Mittlere Differenzen (MD) zwischen den Messzeitpunkten bei den ILK-Jugendlichenangaben (LQ28)

		Messzeitpunkt		
		T2	T3	T4
Messzeitpunkt	T1	ES ^a =-0,03 MD=-0,124	ES=-0,39 MD=-1,131	ES=-0,34 MD=-1,25
	T2	-	ES=-0,36 MD=-1,188	ES=-0,31 MD=-1,125
	T3	-	-	ES=-0,01 MD=0,063

^a Als Maß für die Effektstärke wird die Formel für Cohens d verwendet (Mittelwertsdifferenz durch gepoolte Standardabweichung“. Für die Prä-Post-Effektstärken wurde Differenzen von Prätestwert und Posttestwert verwendet: $ES_{(Prä\ vs.\ post)} = (M_{prä} - M_{post}) / SD_{gepoolt}$.

- Psychopathologie (CBCL-Elternangaben): Beim CBCL lag die Prä-Post-Effektstärke in der Wartezeit bei 0,28; sie war also nicht unerheblich. Im ersten halben Jahr nach Therapiebeginn zeigt sich mit einer Effektstärke von 0,22 nur eine geringe Verbesserung. Wenn man die Veränderung im gesamten Jahr nach Therapiebeginn betrachtet, betrug die Prä-Post-Effektstärke immerhin 0,48.
- Lebensqualität (ILK-Elternangaben): Hier zeigten sich keine Veränderungen in der Wartezeit (ES=0,05), sehr wohl aber in der Therapiezeit von T2 nach T3 (ES=0,47) und von T2 nach T4 (ES=0,46). Die Veränderungen hier sprechen also sehr eindeutig für die Effektivität der Therapie.
- Lebensqualität (ILK-Jugendlichenangaben): Hier zeigten sich ähnliche Werte wie bei den Elternangaben, d. h. keine Effekte in der Wartezeit, aber Effekte ab Therapiebeginn; die Effektgröße war etwas geringer als bei den Elternangaben (von T2 nach T3: 0,36; von T2 nach T4: 0,31).

Zusammenfassend ist festzuhalten:

Die Hypothese 1 „Im Beobachtungszeitraum zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung in der Psychopathologie und in der Lebensqualität der Patienten“ konnte somit bei zwei von drei Überprüfungen eindeutig bestätigt werden. Dabei zeigte sich weiterhin, dass die bedeutsamen Verbesserungen sich nicht in der Wartezeit, sondern im Therapieverlauf einstellten. Beim Kriterienmaß „Lebensqualität“ (Elternangaben) zeigten sich diese Verbesserungen schon im kurzfristigen Verlauf deutlich, beim Kriterienmaß „Psychopathologie“ erst im längerfristigen Verlauf. Die Höhe der Prä-Post-Effektstärke lag im Therapieverlauf in einem niedrigen bis mittleren Bereich (0,22 bis 0,48).

Überprüfung der Hypothese 2

Zur Überprüfung der Hypothese „Die ambulante Behandlung ist wirksam“ bildeten wir als Maße für die Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten einfach Differenzwerte:

- Wartedifferenz: $T2 - T1$
- Interventionsdifferenz a: $T3 - T2$
- Interventionsdifferenz b: $T4 - T2$.

Diese drei Differenzwerte wurden für alle drei Kriterienvariablen (CBCL, ILK-Eltern, ILK-Jugendliche-Kinder) gebildet.

Die zugrunde liegenden Daten waren intervallskaliert. Eine annähernd symmetrische Verteilung war aufgrund der vorliegenden Normierungen für die CBCL- und ILK-Skalen anzunehmen. Daher war davon auszugehen, dass die Grundbedingungen zur Anwendung von parametrischen Tests als erfüllt angesehen werden konnten (Clauß et al., 2002 S. 181 ff.). Die Überprüfung der Hypothese 2 erfolgte durch t-Tests für abhängige Stichproben. Dieses Verfahren dient bei abhängigen Stichproben dem Mittelwertvergleich zweier Verteilungen, wobei zweidimensional normalverteilte metrische Daten vorausgesetzt werden konnten. Es soll die Frage beantworten, ob sich die Mittelwerte der normalverteilten Grundgesamtheiten, aus denen die Stichproben stammen, unterscheiden. Allerdings werden hier die Mittelwerte und die zugehörigen empirischen Standardabweichungen nicht direkt miteinander verglichen, da zwischen den beiden Merkmalen Korrelationen bestehen können. Deshalb werden die Differenzen zwischen den Merkmalsausprägungen angesehen. Es ist zu entscheiden, ob der

Mittelwert der Differenzen im allgemeinen Null ist oder signifikant von Null abweicht (siehe Clauß et al., 2002, S. 235 ff.).

Nachfolgend werden die Mittelwerte und Standardabweichungen (Tabelle 5-23) und die Ergebnisse der t-Tests für abhängige Stichproben (Tabelle 5-24) aufgezeigt.

Tab. 5-23: Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzwerte der Kriterienvariablen

	Kriterienvariablen		
Differenzwerte	CBCL (T-Wert) M (SD)	ILK-Eltern LQ-28-Rohw. M (SD)	ILK-Jugendliche LQ-28-Rohw M (SD)
Wartedifferenz = (T2-T1)	-2,386 (6,062)	-0,476 (2,731)	0,151 (3,545)
Interventionsdifferenz a = (T3-T2)	-2,340 (8,023)	1,500 (3,164)	1,242 (3,491)
Interventionsdifferenz b = (T4-T2)	-4,428 (7,068)	1,604 (3,079)	1,285 (4,274)

Die Hypothese, dass die Verbesserungen im Interventionszeitraum besser sind als die Verbesserungen im Wartezeitraum, wurde mit einfachem t-Test für abhängige Stichproben überprüft:

Tab. 5-24: Testergebnisse t-Test für abhängige Stichproben (einseitige Testung auf Verbesserung) und zugehörige Effektstärken*

	Kriterienvariablen		
Abhängige t-Tests auf Mittelwertsunterschiede:	CBCL (T-Wert)	ILK-Eltern LQ-28-Rohw.	ILK-Jugendliche LQ-28-Rohw
Wirksamkeit A: Wartedifferenz =(T2-T1) vs. Interventionsdifferenz a = (T3-T2)	p = 0,215 ES ^a =0,00	p = 0,046* ES=0,52	p = 0,300 ES=0,31
Wirksamkeit B: Wartedifferenz =(T2-T1) vs. Interventionsdifferenz b = (T4-T2)	p = 0,215 ES=0,29	p= 0,014* ES=0,65	p = 0,299 ES=0,28

^a Als Maß für die Effektstärke wird die Formel für Cohens d verwendet (Mittelwertsdifferenz durch gepoolte Standardabweichung)

* statistisch bedeutsame Veränderungen

Bei der Überprüfung der Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen im Wartelisten-Kontrollgruppen-Design (Wartekontrollbedingung [Eigenkontrollgruppe] versus Therapiebedingung; within-subject-design; abhängige Testung) zeigte sich beim Kriterium „Lebensqualität“ (Elternangaben) ein p-Wert <0,05. Die Veränderungen in der

Therapiegruppe waren bedeutsam besser als in der Wartegruppe, wenn man auf eine α -Korrektur verzichtete. Beim Kriterium „Psychopathologie“ dagegen konnte kein statistisch bedeutsamer Effekt nachgewiesen werden. Wenn man allerdings bei der Überprüfung der Hypothese 2 die BONFERRONI-Korrektur anwendet ($\alpha = 0,05 / 9 = 0,0055$) kann der gefundene Effekt nicht mehr als statistisch bedeutsam bezeichnet werden.

Die Kontrollgruppen-Effektstärke lag im Bereich der Lebensqualität (Elternangaben) in einem mittleren Bereich (0,52 bis 0,65). Legt man die Kinder-Jugendlichen-Angaben zur Lebensqualität zugrunde, waren sie etwas geringer (0,31 bis 0,28). Bezüglich der Psychopathologie zeigten sich nur längerfristige Effekte (über einen Zeitraum von 1 Jahr) in einer relativ geringen Größenordnung ($ES=0,29$).

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

Die Hypothese 2 „Die Behandlung ist wirksam“ kann somit nur als partiell bestätigt gelten. Wenn man die Verbesserung der Lebensqualität als Kriterium heranzieht, kann die Hypothese als bestätigt gelten: Die Therapiebedingung schnitt im Vergleich zur Wartekontrollbedingung deutlich besser ab. Bei den Elternangaben zur Lebensqualität lagen die Effektstärken immerhin in einem mittleren Bereich; bei den Jugendlichenangaben waren die Effekte geringer. Im Hinblick auf die Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik dagegen konnte die Wirksamkeit der Behandlung im Kontrollgruppenvergleich nicht nachgewiesen werden.

5.4 Deskriptive Ergebnisse zu den Veränderungen im Verlaufe der Behandlung

Veränderungen im Behandlungsverlauf ließen sich an der Symptomatik, der Lebensqualität und dem Funktionsniveau beobachten. Von allen vier Messzeitpunkten lagen Elternangaben zur Symptomausprägung anhand der CBCL-Bögen, zur Lebensqualität anhand der ILK-Elternbögen und Kinder-/ Jugendlichenangaben zur Lebensqualität anhand der ILK-Kinder-/ Jugendlichenbögen vor. Alle anderen Beobachtungen, auch die Therapeutenangaben, beziehen sich auf die Zeitpunkte nach Beginn der Behandlung, also auf T2, T3 und T4.

Zur Klärung der Frage der statistischen Bedeutsamkeit der Veränderungen musste man der Art des Datenmaterials Rechnung tragen. Überwiegend handelte es sich um nominale bzw. kategoriale Daten sowie um Daten auf ordinalem Niveau. Dieser Teil der Studie hat einen deutlich explorativen Charakter. Die durchgeführten statistischen Tests sind nicht als Hypothesenprüfung zu verstehen. Sie liefern explorative Ergebnisse zu den Veränderungen im Verlauf der Behandlung. Es kamen der McNemar-Test, der Wilcoxon-Test und eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) zur Überprüfung der p-Werte zur Anwendung. Der p-Wert wurde, trotz der genannten Bedenken bezüglich der statistischen Tests, als Hinweis darauf gesehen, wie deutlich die Unterschiede zwischen den Merkmalen im Behandlungsverlauf waren.

Um die praktische Bedeutsamkeit der Veränderungen einschätzen zu können, wurden zusätzlich Prä-Post-Effektstärken berechnet.

Die Effektstärke (ES) als Maß für die praktische Bedeutsamkeit eines experimentellen Effektes erlangte in den letzten Jahrzehnten in der Psychotherapieforschung zunehmende Bedeutung (Bortz & Döring 2006, Remschmidt & Mattejat 1997, Grawe et al. 1994, Kazdin 2003). Grawe et al. (1994) weisen auf Untersuchungen von Smith ML & Glass (1977) und Smith ML, Glass & Miller (1980) hin, die sich dieser verfeinerten Methodik bedienten, um die Ergebnisse ganz verschiedener Untersuchungen vergleichbar zu quantifizieren. Die genannte Methodik wandelt demnach die Ergebnisse einer Untersuchung, die in je unterschiedlicher Metrik angegeben sind, in ein vergleichbares, standardisiertes Maß, die so genannte Effektstärke (ES) um und macht dadurch das Ausmaß der Behandlungseffekte zwischen den Untersuchungen vergleichbar. Zur Berechnung der Effektstärke (Cohens d; Cohen, 1988, 1992) wird die Differenz der Mittelwerte von Therapiegruppe und unbehandelter

Kontrollgruppe am Ende der Behandlung durch die Standardabweichung der Kontrollgruppe dividiert:

$$\text{Cohens } d = (M^1 - M^2) / \sigma$$

Dieses Maß wird so gepolt, dass positive Werte einen positiven Therapieeffekt anzeigen: Eine Effektstärke von 1 bedeutet, dass das durchschnittliche Ergebnis der Therapiegruppe eine Standardabweichung günstiger liegt als das der Kontrollgruppe. Negative Werte bedeuten dagegen, dass die Kontrollgruppe besser abgeschnitten hat. Cohen hat dieses Vorgehen für Therapiegruppen und Kontrollgruppen formuliert. In der vorliegenden Arbeit wurde dieses für Wartekontrollbedingung und Therapiebedingung angewandt.

Außer standardisierten Mittelwertsdifferenzen (bei intervallskalierten Daten) können auch Proportionsdifferenzen (bei dichotomen Daten) als Effektstärkemaße eingesetzt werden. Die Effektstärke drückt damit – wie im Falle anderer Zusammenhangsmaße – lediglich das Ausmaß einer Korrelation aus, weist aber auf keinen Fall auf einen kausalen Zusammenhang hin (Quaschner, 2003; weiteres bei: Remschmidt & Mattejat, 1997).

Als Vorteile von Effektstärkemaßen nennt Quaschner (2003) in Anlehnung an Mattejat et al. (1997):

1. Der wichtigste Vorteil besteht darin, dass mit Effektstärken unterschiedliche Studien und unterschiedliche Maße innerhalb einer Studie direkt aufeinander bezogen und zusammengefasst werden können.
2. Effektstärkemaße sind darüber hinaus leicht verständlich und gut interpretierbar. Die Größe eines Behandlungseffektes ist unmittelbar aus dem angegebenen Zahlenwert ersichtlich.
3. Nicht zuletzt können Effektstärken in Korrelationskoeffizienten und in Prozentränge umgerechnet werden, so dass damit auch die aufgeklärte Varianz r^2 bestimmt werden kann.

Smith ML et al. (1980) fanden im Erwachsenenalter bei Psychotherapien eine durchschnittliche Effektstärke von 0,85, unabhängig von der jeweiligen Psychotherapierichtung. Grawe et al. (1994) konnten dieses in ihrer umfassenden Übersicht im wesentlichen replizieren und fanden ähnlich wie Smith ML et al. (1980) größere Effekte durch die Verhaltenstherapie. Die Arbeitsgruppe von Grawe berechnete – im Unterschied zu Smith,

der „reine“ ES durch die Differenz von Behandlungs- und Kontrollgruppen verwendete – so genannte „Prä-Post-Effektstärken“. Diese werden aus der Differenz zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe, dividiert durch die gepoolte Streuung der Prä-Testwerte der untersuchten Behandlungsgruppe, berechnet. Da in diese gesamte Effektstärke auch Veränderungen von Spontanremissionen und unspezifischen Behandlungseffekte eingehen, sind diese erfahrungsgemäß größer als die „reinen“ Effektstärken. Grawe et al. (1994) ermittelten über die 19 vorhandenen Kontrollgruppen eine Kontrollgruppen-Effektstärke von 0,36. Demnach kann von der Gesamt-Effektstärke die Kontrollgruppen-Effektstärke von etwa 0,36 abgezogen werden, um sich in etwa der „reinen“ Effektstärke zu nähern. Die psychoanalytische Therapie zeigte eine mittlere ES von 0,83 versus 1,23 bei der Verhaltenstherapie. Die Gesprächspsychotherapie wies mittlere ES von 1,21 versus 1,82 bei der Verhaltenstherapie auf. Für die Beurteilung der Effektstärken zur Familientherapie war die Anzahl der Studien zu gering, wobei es Hinweise auf eine gute Wirksamkeit gab.

Als Richtlinien zur Einschätzung der Effektstärken benennt Kazdin (2000) kleine, mittlere und große Effekte bei reinen ES von jeweils 0,2, 0,5 und 0,8 (siehe auch Cohen, 1988). Er verweist aber auch auf die Probleme in der Berechnung. Demnach sind ES abhängig von der Gruppengröße und damit von der Teststärke („Power“) der Studien sowie der Variabilität der Daten. Je geringer die Teststärke und je größer die Variabilität, desto größer ist nach seiner Aussage die Wahrscheinlichkeit, eine tatsächlich vorhandene effektive Veränderung nicht im Experiment nachzuweisen.

Neben der Berechnung der klassischen Effektstärke d für abhängige Stichproben wurde für dichotomisierte Daten das von Hasselblad & Hedges (1995) beschriebene Verfahren angewendet. Das Effektstärkemaß d^* für Vierfeldertafeln wurde entwickelt, um eine direkte numerische Vergleichbarkeit mit dem Effektstärkemaß d bei Mittelwertsvergleichen zu erreichen. Die zugrunde liegende Formeln lauten nach Wirtz & Nachtigall (2002, S. 159-160):

	plus	minus
plus	a	b
minus	c	d

Effektstärke	$d^* = \sqrt{3 / \pi} \cdot \{ \ln(a) + \ln(d) - \ln(b) - \ln(c) \}$
---------------------	--

Das Maß d^* unterliegt dabei denselben Biases wie alle anderen Wirksamkeitsmessungen wie z. B. Sensitivität und Spezifität (Hasselblad & Hedges, 1995). Gewöhnlich wird bei der Anwendung von der Annahme einer vergleichbaren Varianz in der Gruppe der richtig positiven und der richtig negativen ausgegangen. Falls diese Voraussetzung nicht besteht, sind die Kalkulationen von Sensitivität und Spezifität, auf denen d^* basiert, beeinträchtigt, aber in unterschiedlicher Richtung (näheres bei oben genannten). Gemäß den Autoren hat das Maß d^* folgende Vorteile:

- Es ist ein einfaches (allein stehendes) Maß.
- Es ist leicht zu berechnen.
- Es ist unabhängig von den Basisdaten.
- Es ist vom Schwellenwert des Tests unabhängig.
- Es ist bei Meta-Analysen als Maß einfach anzuwenden.
- Es ist annähernd normal verteilt, so dass die Konfidenzintervalle leicht zu berechnen sind.
- Es kann einfach dazu verwendet werden bei einer gegebenen Spezifität die Sensitivität zu ermitteln oder umgekehrt sowie eine symmetrische ROC-Kurve zu erstellen.

Probleme gibt es mit dem Maß, wenn die Annahme einer Normalverteilung nicht getroffen werden kann. Tests mit identischer Sensitivität und Spezifität führen dann nicht zur identischen Effektivitätsmessung. Ungleiche Varianzen werfen noch tiefgreifendere Probleme auf. Wenn eine der Annahmen nicht zutrifft, ist das Effektstärkemaß nicht unabhängig vom Schwellenwert.

5.4.1 Veränderungen der Symptomausprägung

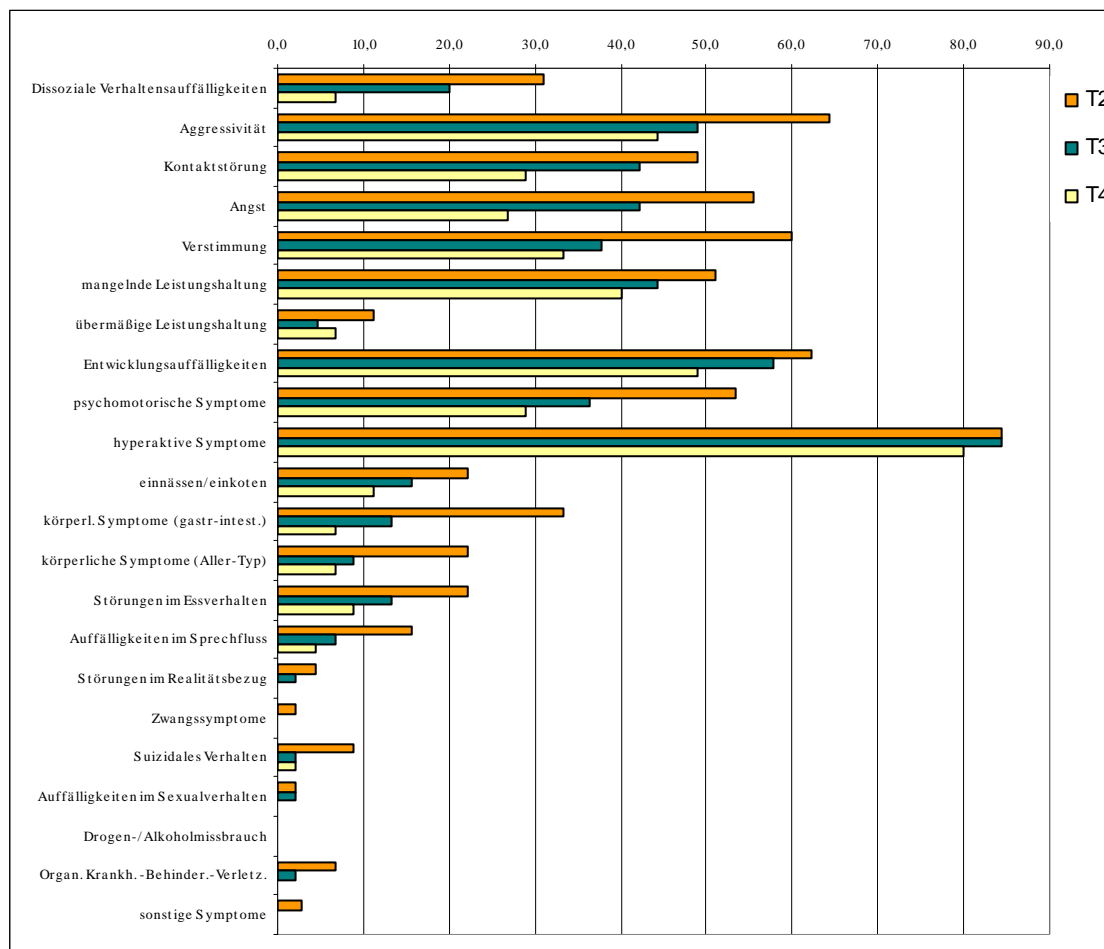
Veränderungen der Symptomausprägung aus Sicht der Therapeuten

Die Therapeuten stellten die Symptomausprägung zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4 mittels des Marburger Symptomrating (MSR) und des psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation für die Kinder- und Jugendpsychiatrie fest. Zunächst werden diese Ergebnisse detailliert dargestellt. Im Anschluss daran folgen die Elternangaben zur Symptomatik mittels der CBCL-Bögen.

Das Marburger Symptomrating (MSR)

Das Marburger Symptomrating (Mattejat & Remschmidt, 2005) erfasst aus Sicht der Therapeuten die Symptomausprägung von 22 Dimensionen in fünf Stärken von 0 („nicht“) bis 4 („schwer“). Zur genaueren Analyse wurden drei Dichotomisierungen mit verschiedenen „Cut-off“-Punkten verwendet. Die Therapeuten erhoben die Daten zu jedem Erhebungszeitpunkt, an denen die Patienten vorstellig wurden, also T2, T3 und T4. Zum Zeitpunkt T1 waren die Kinder und Jugendlichen noch nicht in Behandlung, so dass von dieser Erhebung nur Daten der Kinder und ihrer Eltern vorliegen.

Dichotomisierung A zeigt alle Symptomausprägungen (Werte > 0 , also: 1, 2, 3 und 4) zu den Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4. Dies veranschaulicht Abbildung 5-9.



^a von 2 Patienten fehlen die Daten

Abb. 5-9: Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung A (>0) – prozentuale Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4. N=46^a

Die Symptome „hyperaktive Symptome“ (als prozentuale Häufigkeit 84,4 %), „Aggressivität“ (64,4 %), „Entwicklungsauffälligkeiten“ (62,2 %), „Verstimmung“ (60 %), „Angst“ (55,6 %), „psychomotorische Symptome“ (53,3 %) und „mangelnde Leistungshaltung“ (51,1 %) waren zum Zeitpunkt T1 bei Erstkontakt mit den Patienten am häufigsten vertreten. Die hyperaktiven Symptome änderten sich in den ersten sechs Monaten der Behandlung nicht, fielen danach an Ausprägung leicht zum Mittelwert 80 %. Alle anderen Symptomausprägungen nahmen über den gesamten Zeitraum hinweg ab, zum Teil sehr deutlich, mit $p < 0,05$ bei „Verstimmung“, „körperliche Symptome (gastrointestinal“ und „körperliche Symptome (Allergie-Typ)“. Stärkere Verbesserungen im ersten halben Jahr der Beobachtung wiesen folgende Symptombereiche auf: „Aggressivität“, „Verstimmung“, „Psychomotorische Symptome“, „Körperliche Symptome Typ I und Typ II“, „Störungen im Essverhalten“, „Auffälligkeiten im Sprechverhalten“. „Suizidales Verhalten“ nahm in den ersten sechs Monaten deutlich ab und hielt dies konstant bei bis zum Zeitpunkt T4.

Stärkere Verbesserungen im zweiten Halbjahr der Beobachtung waren bei folgenden Dimensionen zu beobachten: „Dissoziales Verhalten“, „Kontaktstörung“, „Angst“, „Entwicklungsauffälligkeiten“ und „hyperaktive Symptome“. Das Symptom „übermäßige Leistungshaltung“ besserte sich in den ersten Monaten, zeigte im zweiten Halbjahr wieder eine Verstärkung, jedoch nicht über das Ausgangsniveau hinaus. Eine weitergehende Interpretation der verschiedenen Entwicklungsverläufe der Symptomausprägungen erfolgt zusammenfassend am Ende der Darstellungen.

Die Verläufe der Symptomausprägungen wurden zunächst auf ihre Bedeutsamkeit getestet. Es wurde die Frage geklärt, inwieweit es Hinweise auf Unterschiede der Merkmale im Behandlungsverlauf gab. Da es sich um dichotome Daten handelte, kam der McNemar-Test zur Anwendung. Bei p kleiner als 0,05 wurde von einem Hinweis auf Unterschiede ausgegangen. Die p-Werte haben dabei lediglich einen explorativen Charakter. Eine Übersicht der Ergebnisse ist in Tabelle 5-25 dargestellt.

Tab. 5-25: Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung A (> 0) – statistischer Vergleich der Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=46

p-Werte der Mittelwertsvergleiche nach McNemar zwischen den Erhebungszeitpunkten	T2-T3	T3-T4	T2-T4	+/- ^a
Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten	0,125	0,031*	0,001*	+
Aggressivität	0,146	0,549	0,004*	+
Kontaktstörung	0,549	0,039*	0,013*	+
Angst	0,065	0,070	0,001*	+
Verstimmung	0,035*	0,508	0,003*	+
Mangelnde Leistungshaltung	0,508	0,549	0,180	+
Übermäßige Leistungshaltung	0,250	1,000	1,000	+
Entwicklungsauffälligkeiten	0,453	0,289	0,039*	+
Psychomotorische Symptome	0,092	0,180	0,008*	+
Hyperaktive Symptome	1,000	0,375	0,453	+
Einnässen / Einkoten	0,250	0,625	0,031*	+
Körperliche Symptome I (gastro-intestinaler Typ)	0,012*	0,625	0,001*	+
Körperliche Symptome II (allergischer Typ)	0,031*	1,000	0,016*	+
Störungen im Essverhalten	0,219	0,625	0,125	+
Auffälligkeiten im Sprechfluss	0,063	1,000	0,063	+
Störungen im Realitätsbezug	1,000	----	----	+
Zwangssymptome	----	----	----	/
Suizidales Verhalten	0,375	0,500	0,375	+
Auffälligkeiten im Sexualverhalten	1,000	----	----	+
Drogen-/Alkoholmissbrauch	----	----	----	/
Organische Krankheiten/Behinderungen/Verletzungen	----	----	----	/
Sonstige Symptome	----	----	----	/

^a Richtung der Veränderung: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 und T4, - zeigt eine Verschlechterung an.

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha=0,05$)

---- entfällt, da die Symptome in dieser Dichotomisierung nicht zu allen Messzeitpunkten auftreten.

Im ersten halben Jahr der Behandlung konnten bedeutsame Verbesserungen in den Symptombereichen „Verstimmung“, „Körperliche Symptome vom gastrointestinalen Typ“ und „Körperliche Symptome vom Allergie-Typ“ erreicht werden. In der zweiten Jahreshälfte des Beobachtungszeitraumes (T3-T4) verbesserten sich „dissoziale Auffälligkeiten“ und „Störungen im Kontaktverhalten“ bedeutsam. Im Verlauf eines Jahres (von Zeitpunkt T2 bis T4) erzielte die Behandlung in den meisten Symptombereichen bedeutsame Verbesserungen (dissoziale Auffälligkeiten, Aggressivität, Kontaktstörung, Angst, Verstimmung, Entwicklungsauffälligkeiten, psychomotorische Symptome, Einnässen / Einkoten und körperliche Symptome Typ I und Typ II).

In den folgenden Auswertungen wurden die minimalen und psychiatrisch nicht bedeutsamen Symptomausprägungen unberücksichtigt gelassen. Die Darstellung beschränkt sich auf die psychiatrisch relevante Symptomatik. Die so genannte Dichotomisierung B umfasste damit die Symptomausprägungen >1, also die Ratings 2, 3 und 4 (Abbildung 5-10).

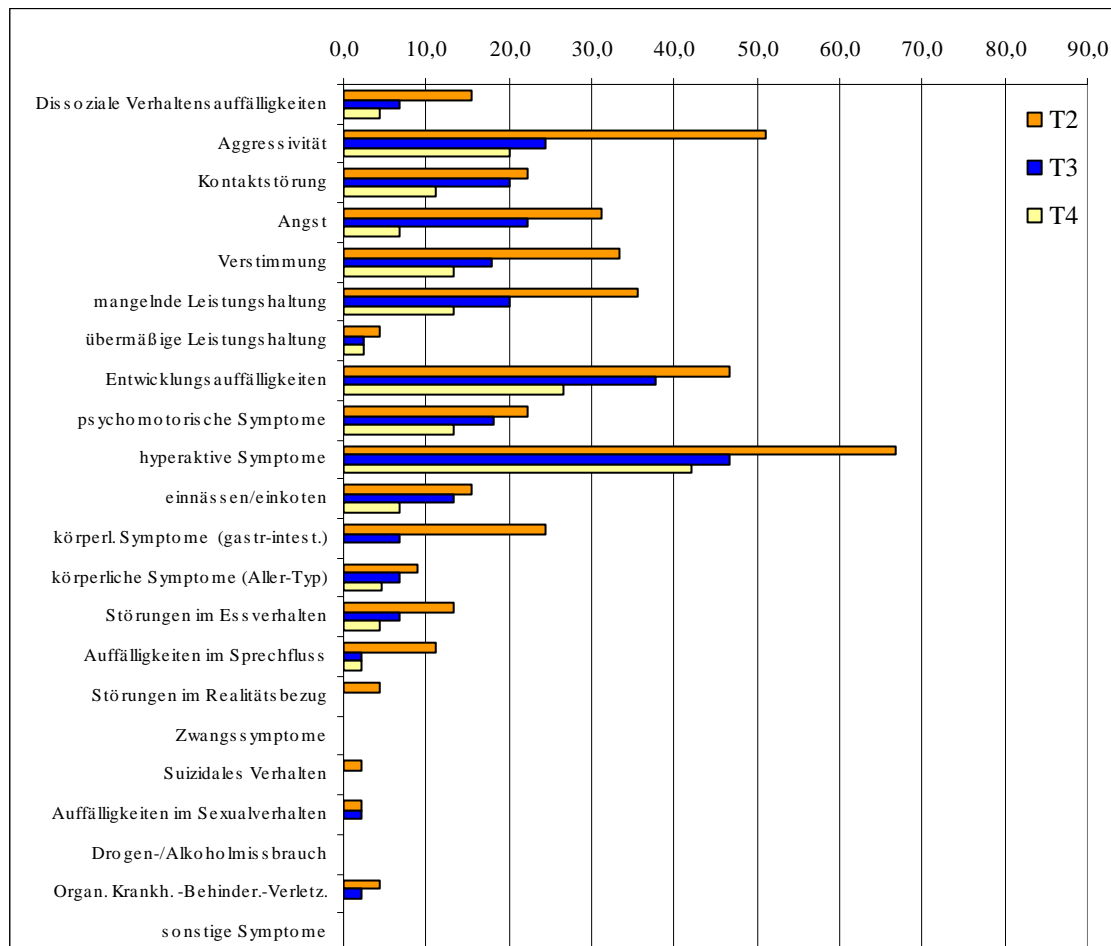


Abb. 5-10: Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung B (>1) – prozentuale Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4, N=46

Zwangssymptome, Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie andere Symptome wurden nicht im klinisch bedeutsamen Ausmaß dokumentiert. Alle anderen Symptombereiche zeigten eine Verbesserung im Verlauf des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr.

Stärkere Reduktionen der Ausprägungen im ersten halben Jahr als im zweiten konnten bei folgenden Symptomen nachgewiesen werden:

„Dissoziales Verhalten“, „Aggressivität“, „Verstimmung“, „mangelnde Leistungshaltung“, „hyperkinetische Symptome“, „körperliche Symptome vom gastrointestinalen Typ“ und „Störungen im Essverhalten“. Verbesserungen im ersten Halbjahr, die über das restliche Jahr stabil blieben, wiesen die Dimensionen „übermäßige Leistungshaltung“, „Auffälligkeiten im

Sprechfluss“, „Suizidales Verhalten“ und „Störungen des Realitätsbezuges“ auf, letztere beiden waren ab Zeitpunkt T3 nicht mehr klinisch bedeutsam nachweisbar. Die „Störungen im Sexualverhalten“ blieben in den ersten sechs Monaten konstant, um dann in der zweiten Hälfte der Behandlung auf Null abzufallen. Der Bereich „Organische Krankheiten“ verbesserte sich kontinuierlich. Stärkere Reduktionen des Ausprägungsgrades in der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraumes beobachteten wir in den Bereichen „Kontaktstörung“, „Angst“, „psychomotorische Symptome“, „Einnässen / Einkoten“ und „körperliche Symptome vom Allergie-Typ“.

In Tabelle 5-26 sind die entsprechenden p-Werte für die Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten anhand des McNemar-Tests aufgeführt.

Tab. 5-26: Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung B (> 1) – statistischer Vergleich der Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=46

p-Werte der Mittelwertsvergleiche nach McNemar zwischen den Erhebungszeitpunkten				
	T2-T3	T3-T4	T2-T4	+/-^a
Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten	0,219	0,031*	0,063	+
Aggressivität	0,003*	0,549	<0,001*	+
Kontaktstörung	0,754	0,039*	0,227	+
Angst	0,289	0,070	0,006*	+
Verstimmung	0,092	0,508	0,039*	+
Mangelnde Leistungshaltung	0,092	0,549	0,013*	+
Übermäßige Leistungshaltung	1,000	1,000	1,000	+
Entwicklungsauffälligkeiten	0,180	0,289	0,006*	+
Psychomotorische Symptome	0,453	0,180	0,227	+
Hyperaktive Symptome	0,008*	0,375	0,003*	+
Einnässen / Einkoten	1,000	0,625	0,063	+
Körperliche Symptome I (gastro-intestinaler Typ)	0,008*	0,625	----	+
Körperliche Symptome II (allergischer Typ)	1,000	1,000	0,500	+
Störungen im Essverhalten	0,453	0,625	0,375	+
Auffälligkeiten im Sprechfluss	0,125	1,000	0,125	+
Störungen im Realitätsbezug	----	----	----	+
Zwangssymptome	----	----	----	+
Suizidales Verhalten	----	0,500	----	+
Auffälligkeiten im Sexualverhalten	1,000	----	----	+
Drogen-/Alkoholmissbrauch	----	----	----	+
Organische Krankheiten/Behinderungen/Verletzungen	----	----	----	+
Sonstige Symptome	----	----	----	+

^a Richtung der Veränderung: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 und T4, - zeigt eine Verschlechterung an.

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha=0,05$)

---- entfällt, da die Symptome in dieser Dichotomisierung nicht zu allen Messzeitpunkten auftreten.

Im ersten halben Jahr der Behandlung erreichten die Veränderungen in den Symptombereichen „Aggressivität“, „Hyperaktive Symptome“ und „körperliche Symptome vom gastrointestinalen Typ“ ein bedeutsames Niveau. Zwischen T3 und T4 konnte in den Bereichen „dissoziales Verhalten“ und „Kontaktstörung“ eine statistisch bedeutsame Verbesserung erzielt werden. Im Jahresverlauf besserten sich bei den klinisch bedeutsamen Störungen folgende bedeutsam: „Aggressivität“, „Angst“, „Verstimmung“, „mangelnde Leistungshaltung“, „Entwicklungsauffälligkeiten“ und „hyperaktive Symptome“.

Als letztes gelangt Dichotomisierung C zur Darstellung. In dieser sind diejenigen Patienten mit deutlicher oder schwerer Symptombelastung (Werte >2, also Ratings 3 und 4) berücksichtigt. Die Mittelwerte der prozentualen Häufigkeiten zu den Erhebungszeitpunkten sind in Abbildung 5-11 aufgeführt.

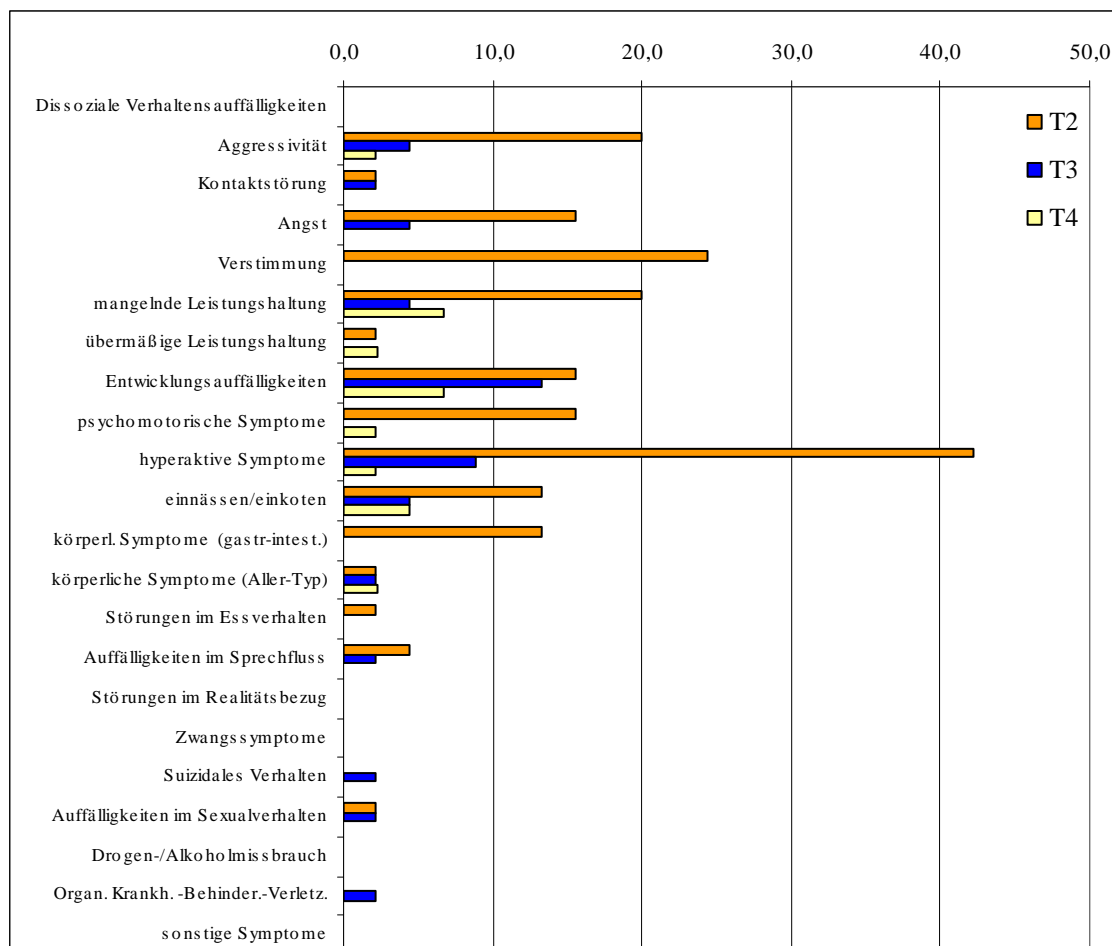


Abb. 5-11: Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung C (>2) – prozentuale Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4, N=46

Die besonders schweren Symptomausprägungen zeigten unterschiedliche Verläufe. Alle Symptombereiche, die zum Zeitpunkt T1 häufiger als 10 % in schwerer Ausprägung

vorhanden waren (Aggressivität, Angst, Verstimmung, mangelnde Leistungshaltung, Entwicklungsauffälligkeiten, psychomotorische und hyperaktive Symptome, einnässen / einkoten und körperliche Symptome vom gastrointestinalen Typ, nahmen an Häufigkeit stark ab, meist in den ersten sechs Monaten.

Die einzelnen Verlaufstypen sahen folgendermaßen aus:

Deutliche Reduktionen in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes waren bei den Symptomen „Aggressivität“, „Angst“ (fiel zum Zeitpunkt T4 auf null ab), „Verstimmung“ (fiel zum Zeitpunkt T3 auf null ab), „hyperkinetische Verhaltensauffälligkeiten“, „einnässen / einkoten“, „körperliche Symptome (gastrointestinaler Typ)“, „Störungen im Essverhalten“ (fiel zum Zeitpunkt T3 auf null ab) und „Auffälligkeiten im Sprechfluss“ zu sehen. Letztes Symptom war in schwerer Ausprägung zum Zeitpunkt T4 nicht mehr nachzuweisen.

Verbesserungen vorwiegend in der zweiten Hälfte des Erhebungszeitraums beobachteten wir bei den Diagnosen „Entwicklungsauffälligkeiten“, „Kontaktstörung“ und „sexuelle Verhaltensauffälligkeiten“. Die beiden letzten waren nach einem Jahr nicht mehr in schwerer Ausprägung dokumentiert.

Nur zum Zeitpunkt T3 wurden die Symptome „Suizidales Verhalten“ und „organische Krankheiten“ in starker Ausprägung beobachtet. Die „mangelnde Leistungshaltung“ reduzierte sich zunächst, zeigte danach eine leichte Verschlechterung, blieb dennoch deutlich besser als das Ausgangsniveau. Einen ähnlichen Verlauf wiesen die „psychomotorischen Symptome“ in schwerer Ausprägung auf – diese waren zum Zeitpunkt T3 nicht dokumentiert, in geringer Häufigkeit jedoch zum Zeitpunkt T4. Die „übermäßige Leistungshaltung“ fiel nach 6 Monaten auf null ab, um dann wieder auf das Ausgangsniveau zu steigen. Keine Veränderungen waren bei den „körperlichen Symptomen – Allergie-Typ“ zu beobachten.

Überhaupt nicht in schwerer Ausprägung vorhanden waren folgende Symptome: „dissoziale Verhaltensauffälligkeiten“, „Störungen im Realitätsbezug“, „Zwangsstörungen“, „Drogen-/Alkoholmissbrauch“ und „sonstige Symptome“.

In der folgenden Tabelle 5-27 gelangt der statistische Vergleich nach McNemar bezüglich Dichotomisierung C zur Darstellung.

Tab. 5-27: Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung C (> 2) – statistischer Vergleich der Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=46

p-Werte der Mittelwertsvergleiche nach McNemar zwischen den Erhebungszeitpunkten	T2-T3	T3-T4	T2-T4	+/-^a	d^b
Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten	----	----	----	/	/
Aggressivität	0,016*	1,000	0,021*	+	1,323
Kontaktstörung	1,000	----	----	+	/
Angst	0,063	----	----	+	/
Verstimmung	----	----	----	+	/
Mangelnde Leistungshaltung	0,016*	1,000	0,031*	+	0,690
Übermäßige Leistungshaltung	----	----	----	/	(-0,013)
Entwicklungsauffälligkeiten	0,688	0,250	0,219	+	0,522
Psychomotorische Symptome	----		0,070	+	1,154
Hyperaktive Symptome	< 0,001*	0,250	< 0,001*	+	1,914
Einnässen / Einkoten	0,125	1,000	0,125	+	0,660
Körperliche Symptome I (gastro-intestinaler Typ)	----	----	----	+	/
Körperliche Symptome II (allergischer Typ)	1,000	1,000	1,000	/	(-0,013)
Störungen im Essverhalten	----	----	----	+	/
Auffälligkeiten im Sprechfluss	1,000		----	+	/
Störungen im Realitätsbezug	----	----	----	/	/
Zwangssymptome	----	----	----	/	/
Suizidales Verhalten	----	----	----	/	/
Auffälligkeiten im Sexualverhalten	1,000	----	----	+	/
Drogen-/Alkoholmissbrauch	----	----	----	/	/
Organische Krankheiten/Behinderungen/Verletzungen	----	----	----	/	/
Sonstige Symptome	----	----	----	/	/

^a Richtung der Veränderung: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 und T4, - zeigt eine Verschlechterung an.

^b Effektstärkemaß d* für Vierfeldertafeln nach Hasselblad und Hedges (1995). Die Werte in Klammern sind statistisch *nicht* bedeutsam.

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha=0,05$)

---- entfällt, da die Symptome in dieser Dichotomisierung nicht zu allen Messzeitpunkten auftreten.

Zwischen T2 und T4 ließen sich hochbedeutsame Verbesserungen mit hoher klinischer Bedeutsamkeit bei den schweren Ausprägungen der „hyperaktiven Symptome“ nachweisen. Eine ebenfalls hohe Effektstärke fand sich bei den schweren „psychomotorischen Symptomen“ und „Aggressivität“. Ein mittlere Effektstärke zeigte sich bei schwer ausgeprägter „mangelnde Leistungshaltung“, „Entwicklungsauffälligkeiten“ und „Einnässen / Einkoten“. Ein p-Wert $\leq 0,05$ war neben den genannten „hyperaktiven Symptomen“ bei „Aggressivität“ und „mangelnder Leistungshaltung“ nachzuweisen.

Als **Resümee** lässt sich festhalten:

- Die meisten Symptome wiesen kontinuierliche Reduktionen der Ausprägung auf. Bei den schwerwiegenden Ausprägungen der „Aggressivität“, „Mangelnden Leistungshaltung“ und „Hyperaktiven Symptome“ fanden die bedeutsamen Veränderungen mit großer Effektstärke im ersten halben Jahr der Therapie statt, weiterhin aber auch in den darauf folgenden 6 Monaten. Schwer ausgeprägte „Verstimmung“, die bei etwa $\frac{1}{4}$ der Patienten bei Aufnahme vorlag, und „körperliche Symptome vom gastrointestinalen Typ“ waren bereits nach einem halben Jahr nicht mehr nachzuweisen, was sich bis zum Messzeitpunkt T4 stabil hielt.
- Bei einigen Symptomen war die statistisch bedeutsame Verbesserung bei den bedeutsamen Ausprägungen (Dichotomisierung B) besonders auf die Veränderungen in der Zeit von T3 bis T4 zurückzuführen. Diesen Verlauf beobachteten wir bei „dissozialen Auffälligkeiten“ und bei den „Kontaktstörungen“. Weitere zum Teil hochbedeutsame Verbesserungen im Verlauf des Jahres bei den klinisch bedeutsamen Symptomausprägungen ließen sich bei den Faktoren „Aggressivität“, „Angst“, „Verstimmung“, „mangelnde Leistungshaltung“, „Entwicklungsauffälligkeiten“ und „hyperaktive Symptome“ nachweisen.
- Anfängliche Verbesserungen, im weiteren leichte Verschlechterungen (nicht über das Ausgangsniveau hinaus) fanden wir bei klinisch bedeutsamer „mangelnder Leistungshaltung“, bei „übermäßiger Leistungshaltung“ der Dichotomisierung A und C sowie bei den schwer ausgeprägten „psychomotorischen Symptomen“.
- Bedeutsame Verschlechterungen der Symptomatik waren bei keiner Symptomkategorie nachweisbar.

Die erreichten Verbesserungen zeigten eine erfreuliche Stabilität im Verlauf der zwölfmonatigen Beobachtungsphase. Insbesondere die expansiven Störungen (Aggressivität, hyperaktive Symptome) wiesen in besonders starker Ausprägung eine stabile und deutliche Reduktion auf. Aber auch bei internalisierenden Störungen mit Kontaktstörung, Angst, Verstimmung sowie körperlichen Beschwerden ließen sich bedeutsame Verbesserungen nachweisen. Ebenso konnte durch die ambulante Behandlung eine Reduktion der dissozialen Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten erreicht werden. Suizidales Verhalten nahm zwischen T2 und T3 ab (ohne ein bedeutsames Niveau zu erreichen) und hielt sich stabil in der zweiten Beobachtungshälfte. Nach einem Jahr war bei keinem Patienten eine schwerwiegende Suizidalität verzeichnet.

Symptomscores

In den folgenden Ausführungen kommt eine weitere Auswertungsmöglichkeit des Marburger Symptomratings zur Darstellung. Anhand des MSR können verschiedene Scores – so die Anzahl der Symptome und die Symptomsummen – im Verlauf beobachtet werden.

Anzahl der Symptome

In der Betrachtung der Symptomanzahl gehen alle als problematisch eingestuften Symptombereiche ein, also auch die als „minimal“ eingestuften Symptome gemäß der Dichotomisierung A. In Tabelle 5-28 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Symptomsummen der verschiedenen Erhebungszeitpunkte gegenübergestellt.

Tab. 5-28: MSR – Dichotomisierung A (Werte >0), Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl der Symptome, N= 45

Dichotomisierung A	T2		T3		T4	
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
Symptomsumme	12,89	5,781	7,89	4,201	5,87	3,811

Tabelle 5-29 zeigt, dass die Verbesserungen zwischen den Erhebungszeitpunkten alle einen p –Wert $\leq 0,05$ aufwiesen. Die Effektstärken ($m1-m2/s$) waren im ersten halben Jahr(T2-T3) sowie im Jahresverlauf (T2-T4) hoch.

Tab. 5-29: MSR – Dichotomisierung A (Werte >0), p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Anzahl der Symptome, N=45

Dichotomisierung A	T2 – T3	T3 – T4	T2 – T4
p-Werte	< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*
Effektstärken ^a	0,9895	0,5036	1,4338

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha= 0,05$)

^a Effektstärkemaß d für abhängige Stichproben

Erfolgt wie in Dichotomisierung B eine Einschränkung auf die klinisch-relevanten Symptomausprägungen (Symptomausprägung wurde als leicht, deutlich oder schwer eingeschätzt), zeigte sich ein ähnlicher Verlauf mit durchgehend bedeutsamen Verbesserungen, wie in den Tabellen 5-30 und 5-31 zu sehen ist.

Tab. 5-30: MSR – Dichotomisierung B (>1), Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl der Symptome, N=45

Dichotomisierung B	T2		T3		T4	
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
Symptomsumme	4,16	2,477	2,56	1,914	1,71	1,753

Die Testung nach Wilcoxon ($\alpha=0,05$) und die entsprechenden Effektstärken im Verlauf sind in nachfolgender Tabelle erläutert.

Tab. 5-31: MSR – Dichotomisierung B (Symptomausprägungen > 1), p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Anzahl der Symptome, N=45

Dichotomisierung B	T2 – T3	T3 – T4	T2 – T4
p-Werte	< 0,001*	0,002*	< 0,001*
Effektstärken ^a	0,7228	0,4632	1,1418

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha=0,05$)

^a Effektstärkemaß d für abhängige Stichproben

Die Verbesserungen über den Jahresverlauf (zwischen T2 und T4) wiesen mit einer Prä-Post-Effektstärke von 1,14 einen guten Effekt auf, wobei sich die meisten Veränderungen im ersten halben Jahr der Behandlung zeigten.

Bei der Auswertung der deutlichen und schweren Symptomausprägungen (Dichotomisierung C) ergab sich ein vergleichbares Bild, wie die Tabellen 5-32 und 5-33 darstellen.

Tab. 5-32: MSR – Dichotomisierung C (>2), Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl der Symptome, N=45

Dichotomisierung C	T2		T3		T4	
	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
Symptomsumme	1,96	1,537	0,51	0,695	0,29	0,589

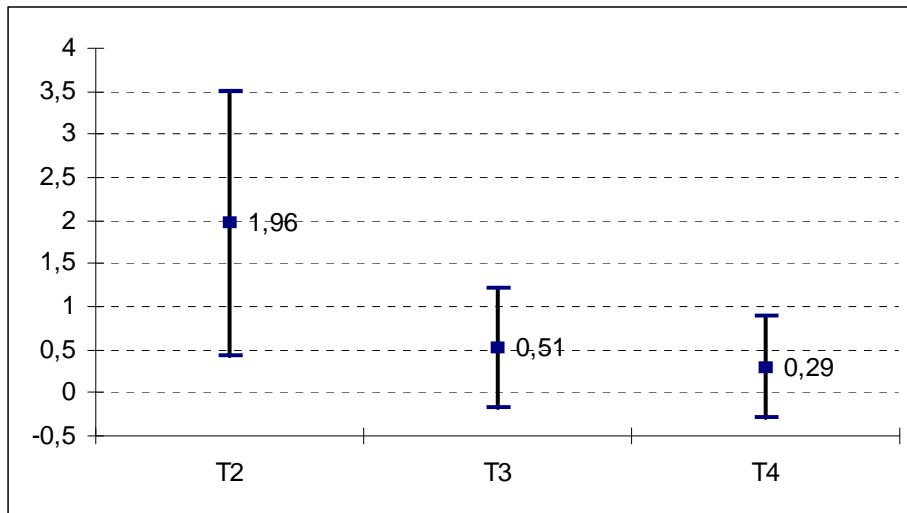


Abb. 5-12: MSR-Dichotomisierung C (>2), Anzahl der Symptome zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=45

Im ersten halben Jahr waren die Verbesserungen hoch bedeutsam und wiesen eine hohe Effektstärke auf (ES=1,22), was sich im Jahresverlauf zwischen T2 und T4 noch steigerte bis zu einer Effektstärke von 1,44. Nach Kazdin (2003) und Cohen (1988) entspricht eine Prä-Post-Effektstärke über 0,8 einem großen Effekt. Dies ist ausführlich in Tabelle 5-27 dargelegt.

Tab. 5-33: MSR – Dichotomisierung C (Symptomausprägungen > 2), p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Anzahl der Symptome, N=45

Dichotomisierung C	T2 – T3	T3 – T4	T2 – T4
p-Werte	< 0,001*	0,041*	< 0,001*
Effektstärken ^a	1,2157	0,3415	1,4348

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha=0,05$)

^a Effektstärkemaß d für abhängige Stichproben

Symptomsummen

Aus der Addition der Bewertungen aller Symptombereiche aller Patienten ergeben sich die Symptomsummen der Stichprobe. Abbildung 5-13 stellt diese im Verlauf des Beobachtungszeitraumes dar.

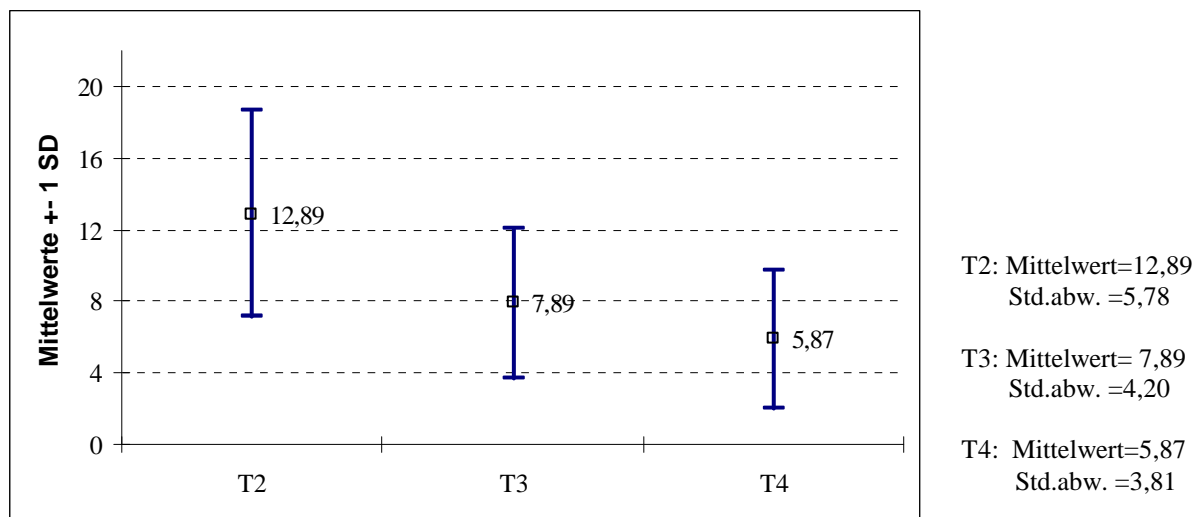


Abb. 5-13: MSR - Vergleich der durchschnittlichen Symptomsummen und Standardabweichungen zu den Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4, N=45

Die Symptomsummen verringerten sich zwischen allen Messzeitpunkten hochbedeutsam, wie in Tabelle 5-34 dargestellt ist. Die stärksten Veränderungen fanden sich während der ersten 6 Monate der Behandlungszeit mit einer deutlichen Effektstärke von 0,99, aber auch danach, zwischen T3 und T4, waren noch deutliche Verbesserungen zu sehen. Im Verlauf des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr konnte eine hohe Effektstärke von 1,43 belegt werden.

Tab. 5-34: MSR – durchschnittliche Symptomsumme – p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken, N=45.

Symptomsumme	T2 – T3	T3 – T4	T2 – T4
p-Werte	< 0,001*	< 0,001*	< 0,001*
Effektstärken ^a	0,9897	0,5038	1,4341

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha=0,05$)

^a Effektstärkemaß d für abhängige Stichproben

Bei der Bildung der Symptomsummen gehen Reduktionen, Steigerungen und unveränderte Ausprägungen mit ein. Abbildung 5-14 verdeutlicht den prozentualen Anteil der Verbesserungen, Verschlechterungen und der unveränderten Ausprägungen zwischen Aufnahme in die Institutsambulanz (T2) und ein Jahr später (T4).

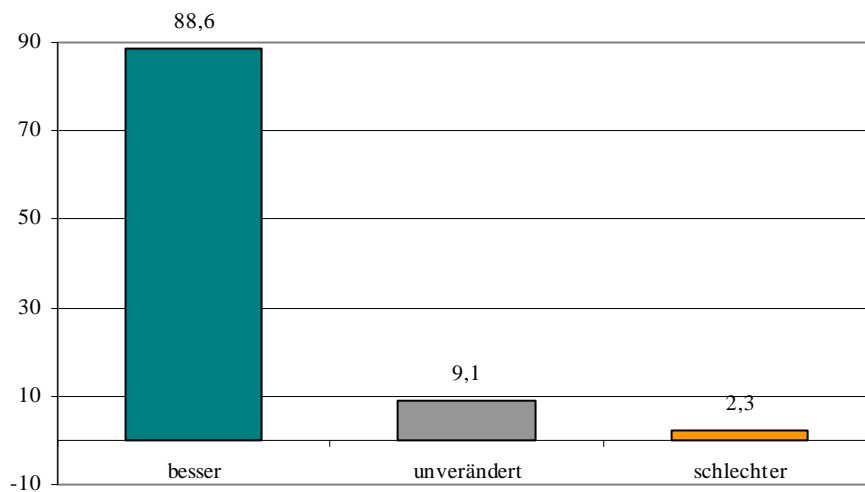


Abb. 5-14: Veränderung der Summe der Symptomausprägungen von Erhebungszeitpunkt T2 zu T4, prozentuale Häufigkeiten, N=44

Der weit überwiegende Anteil von 88,6 % (39) zeigte 12 Monate nach Beginn der Behandlung (T4) eine geringere Ausprägung aller Symptome als zu Beginn (T2), also eine Verbesserung. Bei 9,1 % (4) lagen die Symptome unverändert vor. Lediglich bei 2,3 % (1) war 1 Jahr nach Aufnahme die Summe der Symptomausprägungen höher und damit verschlechtert.

Der psychopathologische Befund der Basisdokumentation für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die klinisch-psychiatrische Symptomatik wurde von den Therapeuten parallel zum MSR mittels des psychopathologischen Befundes der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation ermittelt. In 17 Subskalen konnte die Ausprägung in vier Abstufungen eingeteilt werden, nämlich „unauffällig“ (0), „leicht ausgeprägt“ (1) , „stark ausgeprägt“ (2) und „nicht beurteilbar“ (9). Die Symptombereiche sind unten stehend aufgeführt (umfassende Darstellung siehe unter Kapitel 3.3 und im Anhang).

1. Störungen der Interaktion
2. Störungen des Sozialverhaltens
3. Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle
4. Störungen der Psychomotorik
5. Störungen des Sprechens und der Sprache
6. Angststörungen
7. Störungen von Stimmung und Affekt
8. Zwangsstörungen
9. Essstörungen
10. funktionelle und somatoforme Störungen
11. Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen oder Störungen der Wachheit
12. formale Denkstörungen
13. inhaltliche Denkstörungen
14. Ich-Störungen
15. Sinnestäuschungen
16. Missbrauch / Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
17. andere Störungen

Vergleichbar der Auswertung des MSR bildeten wir Symptomsummen. Die Mittelwerte mit Standardabweichungen stellt Abbildung 5-15 dar. Die statistische Untersuchung und praktische Bedeutsamkeit anhand der Effektstärken ist in Tabelle 5-35 ersichtlich.

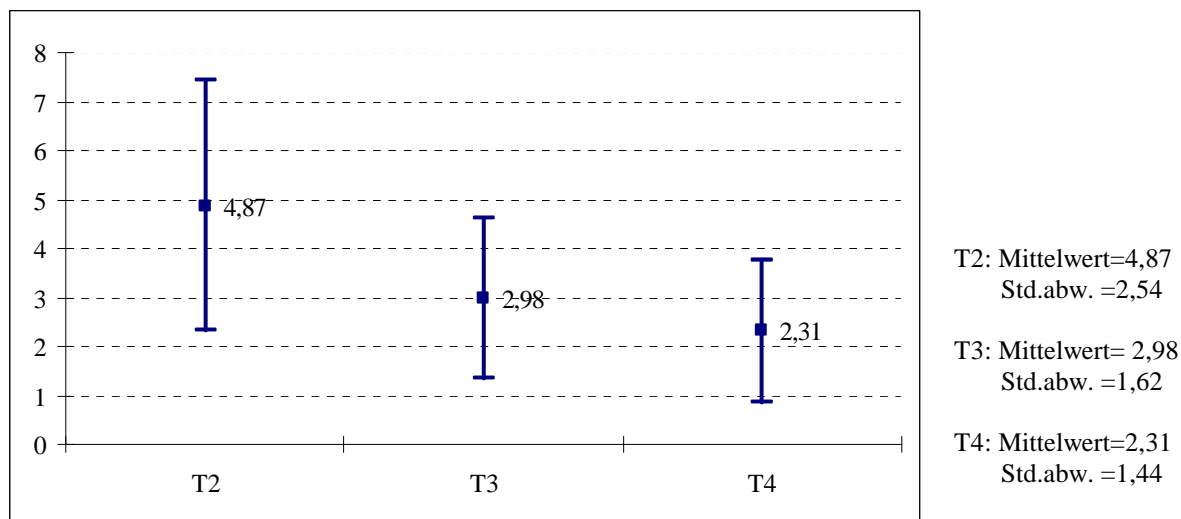


Abb. 5-15: psychopathologischer Befund - Vergleich der durchschnittlichen Symptomsummen und Standardabweichungen zu den Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4, N=45

Die Symptomsummen verringerten sich insbesondere in den ersten sechs Monaten des Beobachtungszeitraumes zwischen T2 und T3. In der zweiten Hälfte waren weitere Verbesserungen dokumentiert. Die Untersuchung der Veränderungen wurde mittels einer Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA) ermittelt und zeigte mit $< 0,001$ ein hochbedeutsames Ergebnis zwischen allen Gruppen.

Tab. 5-35: psychopathologischer Befund – durchschnittliche Symptomsumme – Effektstärken, N=45

Symptomsumme	T2 – T3	T3 – T4	T2 – T4
Effektstärken ^a	0,888	0,435	1,238

^a Effektstärkemaß d für abhängige Stichproben

Mäßige Prä-Post-Effektstärken konnten in den ersten sechs Monaten (0,88), leichte Effektstärken mit (0,44) im darauf folgenden halben Jahr und zwischen Aufnahme (T2) und Katamnese nach 1 Jahr (T4) eine hohe Effektstärke (1,24) gefunden werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Symptomausprägungen aus Sicht der Therapeuten sowohl in der Erhebung mittels des Marburger Symptomratings als auch mittels des psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation in der Summe bedeutsam und über den Verlauf des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr mit hoher Effektstärke gesenkt werden konnten. Die stärksten Veränderungen fanden wir in der Zeit vom Erstgespräch bis zu 6 Monaten danach. Verschlechterungen waren nur bei 2,3 % (1) Kind oder Jugendlichen zu sehen, ein gleich bleibender Befund bei 9,1 % (4).

Veränderung der Symptomausprägung aus Sicht der Eltern

Zu jedem Erhebungszeitpunkt (T1 bis T4) füllten die Eltern die Child Behavior Checklists (CBCL) nach Achenbach (1991) - in der deutschen Versionen von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist veröffentlicht (1998) - aus. Die Eltern erhielten also schon zum Zeitpunkt der telefonischen Anmeldung in der Ambulanz (T1), also vor dem Erstgespräch (T2), den ersten CBCL-Fragebogen per Post. Damit war es möglich, einen Verlauf ohne Behandlung und mit Behandlung darzustellen.

Die Ergebnisse der Befragung der Eltern zur Symptomatik gemäß der CBCL-Skalen sind aus folgender Darstellung (Abbildung 5-16) zu ersehen. Angegeben sind die durchschnittlich ermittelten T-Werte zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten. Der auffällige Bereich ist rot unterlegt, ab der gestrichelten Linie beginnt der Grenzbereich, die durchgezogene blaue Linie markiert den auffälligen Bereich.

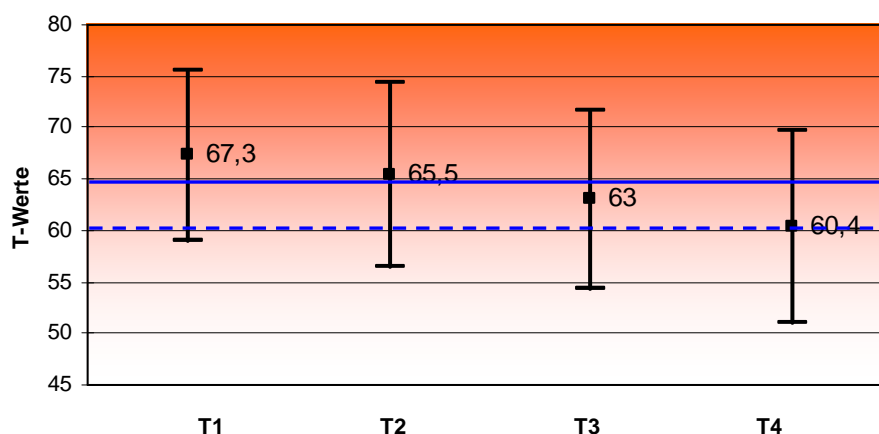


Abb. 5-16: CBCL - Gesamt-T-Werte als Mittelwerte mit Standardabweichung zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 44

Zum Zeitpunkt der Anmeldung (T1) schätzten die meisten der Eltern die Kinder und Jugendlichen als deutlich mit Symptomen belastet ein. Schon zum Erstgespräch (T2) gaben die Eltern, auch ohne eine vorhergehende Behandlung erfahren zu haben, eine Reduktion der Symptomatik an. Über den Jahresverlauf, in dem Therapie stattfand (T2 bis T4) verringerte sich die Symptomatik aus Sicht der Eltern kontinuierlich.

Die Angaben der Eltern zu internalisierenden bzw. externalisierenden Symptomen ist in den nachfolgenden Abbildungen dargestellt.

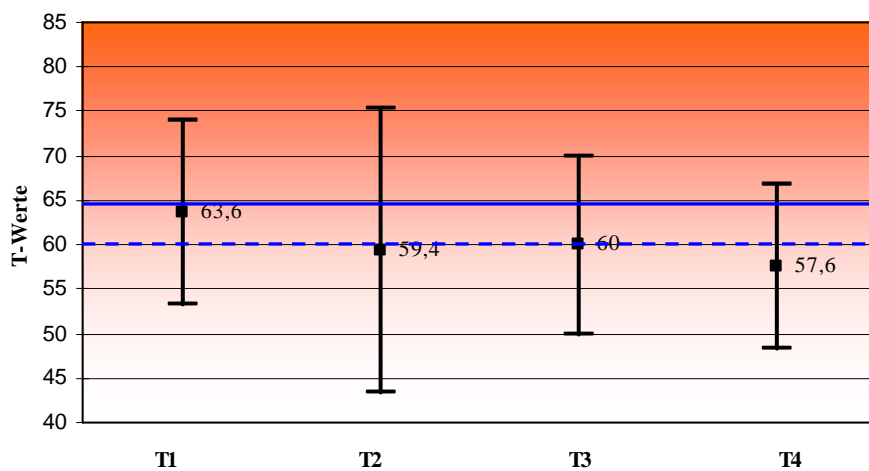


Abb. 5-17: CBCL - Internalisierende-T-Werte als Mittelwerte mit Standardabweichung zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 46

Auch hier war ein Rückgang der Symptomatik in der Wartezeit bis zum Erstgespräch zu verzeichnen. In der ersten Jahreshälfte war die Einschätzung der Eltern zur internalisierenden Symptomatik im Mittelwert nahezu unverändert, die Standardabweichung nahm deutlich ab. Nach einem Jahr war die internalisierende Symptomatik auf einen mittleren T-Wert von 57,6 zurückgegangen. Der überwiegende Anteil der Kinder und Jugendlichen wurde diesbezüglich als unauffällig oder im Grenzbereich liegend eingeschätzt.

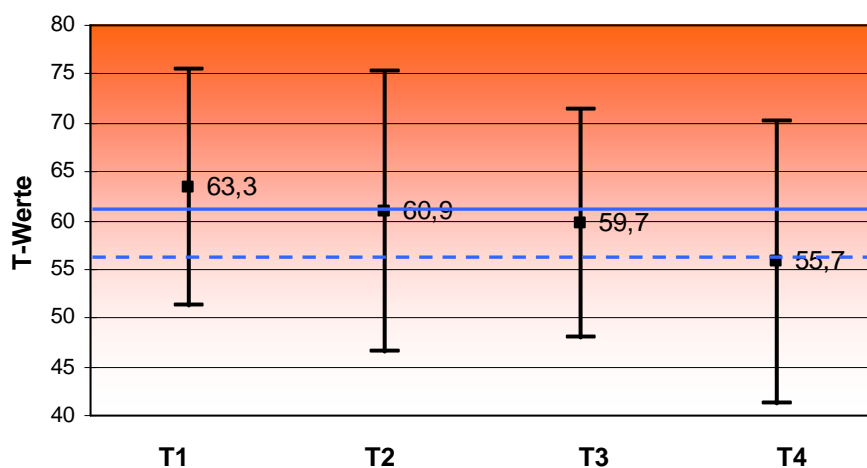


Abb. 5-18: CBCL - Externalisierende-T-Werte als Mittelwerte mit Standardabweichung zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 44

In der Betrachtung der externalisierenden Syndromskala fanden wir einen ähnlichen Verlauf. Geringe Verbesserungen der Symptomatik sahen die Eltern im Rahmen der Wartezeit. In den folgenden sechs Monaten waren die Veränderungen nur gering. Im letzten halben Jahr der

Beobachtung sahen die Eltern deutliche Verbesserungen. Der überwiegende Anteil der Eltern schätzten die externalisierenden Syndrome ihrer Kinder zum Erhebungszeitpunkt T4 mit einem mittleren T-Wert von 55,7 als im Norm- oder Grenzbereich liegend ein.

Die neun einzelnen Subskalen der CBCL sind gemäß der Einschätzung der Eltern (Rohwerte) über die Zeitpunkte T1 bis T4 in nachfolgender Abbildung 5-19 zu sehen.

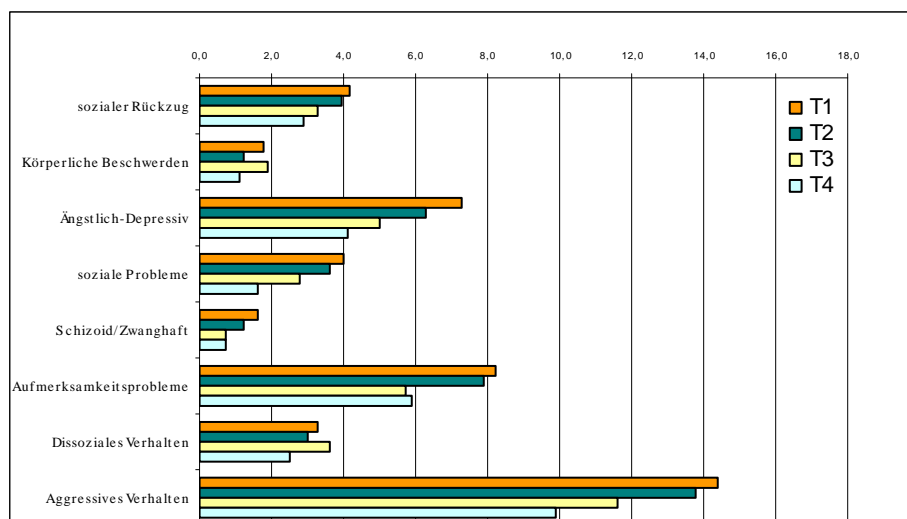


Abb. 5-19: CBCL - Rohwerte der Subskalen als Mittelwerte zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 46

Die Eltern sahen in allen Symptombereichen während der unbehandelten Wartezeit leichte Verbesserungen. In den meisten Bereichen verbesserte sich die Symptomatik kontinuierlich nach Aufnahme der Behandlung, so bei „sozialer Rückzug“, „ängstlich-depressives Syndrom“, „soziale Probleme“ und besonders bei „aggressives Verhalten“. Verschlechterungen in den ersten sechs Monaten der Behandlung, sogar über das Ausgangsniveau hinaus, um sich zwischen T3 und T4 zu verbessern, zeigten sich bei „Körperliche Beschwerden“ und „dissoziales Verhalten“ aus Sicht der Eltern.

Nachfolgend werden in Tabelle 5-36 die p-Werte der Veränderungen sowie die Prä-Post-Effektstärken aufgezeigt. Die Prä-post-Effektstärken für abhängige Stichproben lagen im Behandlungsverlauf durchweg im niedrigen bis mittleren Bereich. Am höchsten mit über 0,5 waren sie in den Symptombereichen „ängstlich-depressiv“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ sowie im „Gesamtwert“. Hinweise auf Unterschiede waren in diesen Bereichen deutlich nachzuweisen, zusätzlich über den Jahresverlauf auch bei den Symptomen „Sozialer Rückzug“, „Soziale Probleme“, „Aggressives Verhalten“ sowie bei den Subskalen „Internalisierung“ und „Externalisierung“. Die Verbesserungen stellten sich in den

unterschiedlichen Symptombereichen in unterschiedlichen Zeiträumen dar: „Körperliche Beschwerden“, „soziale Probleme“, „Schizoid-zwanghaftes Verhalten“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ verbesserten sich bedeutsam zwischen T2 und T3 (also in den ersten 6 Monaten der Behandlung), „Ängstlich-depressives“, „Dissoziales“ und „Aggressives Verhalten“ wiesen bedeutsame Verbesserungen zwischen T3 und T4 auf. Verschlechterungen waren im Jahresverlauf der Behandlung nicht zu verzeichnen.

Bedeutsam erscheint, dass bereits in der Wartezeit bei den Symptomen „Körperliche Beschwerden“, „Ängstlich-depressives Verhalten“ und bei der Subskala „Externalisierung“ bedeutsame Verbesserungen gefunden wurden.

Tab. 5-36: CBCL-Skalen - p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=46

p-Werte der Mittelwertsvergleiche der Rohwerte zwischen den Erhebungszeitpunkten	T1-T2	T2-T3	T3-T4	T2-T4	+ / -^a	d^b T2-T4
Sozialer Rückzug	0,425	0,118	0,303	0,035*	+	0,3499
Körperliche Beschwerden	0,005*	0,004*	0,061	0,608	+	(0,0456)
Ängstlich-depressiv	0,032*	0,080	0,045*	0,004*	+	0,5002
Soziale Probleme	0,155	0,032*	0,956	0,045*	+	0,2574
Schizoid-zwanghaft	0,069	0,048*	0,982	0,053	+	0,3541
Aufmerksamkeitsprobleme	0,566	<0,001*	0,503	0,003*	+	0,5312
Dissoziales Verhalten	0,204	0,127	<0,001*	0,127	+	(0,1774)
Aggressives Verhalten	0,156	0,064	0,007*	<0,001*	+	0,4899
Internalisierung	0,181	0,408	0,001*	<0,001*	+	0,4196
Externalisierung	0,023*	0,438	0,044*	0,009*	+	0,4446
Gesamtwert	0,074	0,021*	0,131	0,002*	+	0,5095

^a Richtung der Veränderung: + bedeutet Verbesserung, - bedeutet Verschlechterung zwischen T2 und T4

^b Effektstärkemaß d für abhängige Stichproben, die Werte in Klammern sind *nicht* bedeutsam

* statistisch bedeutsamer Unterschiede ($\alpha = 0,05$)

5.4.2 Veränderung der Lebensqualität

Veränderung der Lebensqualität aus Sicht der Eltern

Die Lebensqualität der Patienten im Behandlungsverlauf und wurde mit Hilfe des von Matthejat & Remschmidt (2006) entwickelten „Inventars zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen“ (ILK) ein. Es wurden zu allen Erhebungszeitpunkten Daten der Eltern und der Patienten erhoben, so dass vom Zeitpunkt T1 bis T2 die unbehandelten Patienten unter Wartekontrollbedingungen zu diesem Faktor untersucht werden konnten. Bei Aufnahme (T2), nach 6 Monaten (T3) und nach 12 Monaten (T4) erhielten wir zudem die Angaben der Therapeuten.

In dem Manual des ILK wird das Vorgehen der Dichotomisierung beschrieben, die wir in der Auswertung der Daten anwandten. Hierzu werden die Aussagen der Eltern, der Patienten und der Therapeuten in die Rubriken problematisch / nicht problematisch eingeteilt (siehe auch Kapitel 3.3 und Anhang).

Zunächst wurden die Angaben der Eltern ausgewertet. Dabei wurden die Variablen dichotomisiert: als „problematisch“ wurden Aussagen *teils/teils*, *eher schlecht* oder *sehr schlecht* gewertet, als „unproblematisch“ die Aussagen *eher gut* und *sehr gut*. In den folgenden Abbildungen wird der prozentuale Anteil der Eltern pro ILK-Bereich dargestellt, der die Lebensqualität der Kinder als problematisch einschätzte.

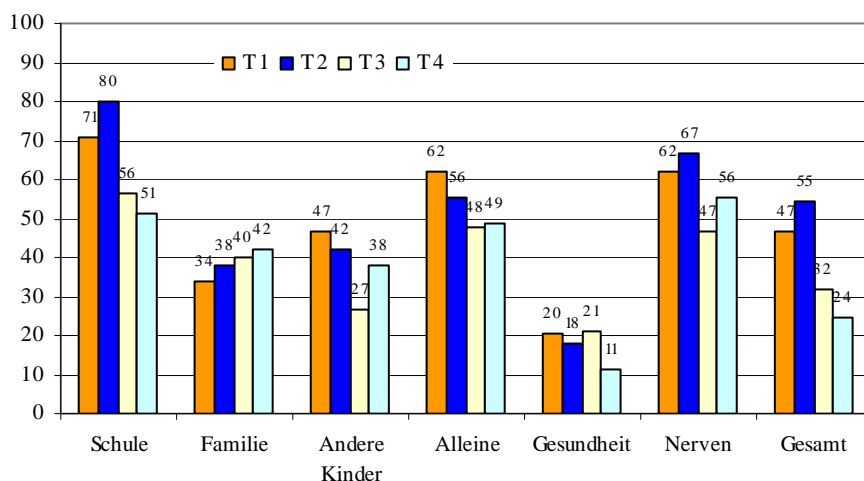


Abb. 5-20: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Elternsicht“, Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Häufigkeiten der Analysestichprobe, N = 45

Bei der Anmeldung zur ambulanten Behandlung schätzten 71 % der Eltern den Bereich „Schule“ als problematisch ein. Dies steigerte sich im Wartezeitraum auf 80 % bis zum Erstgespräch. Der Bereich „psychische Gesundheit / Nerven“ war aus Sicht der Eltern bei Anmeldung zu 62 %, bei Aufnahme zu 67 % deutlich beeinträchtigt. Auch die Gesamtbeeinträchtigung der Lebensqualität zeigte zwischen T1 und T2 eine Zunahme, nämlich von 47 % auf 55 %. Eine leichte Verschlechterung von 34 % bei Anmeldung auf 37% beim Erstgespräch wurde im Bereich „Familie“ verzeichnet. Die übrigen Lebensbereiche („Andere Kinder“, „alleine“ und „Gesundheit“) wiesen im Wartezeitraum eine leichte Verbesserung auf.

Die inferenzstatistische Prüfung der Häufigkeitsunterschiede der auf diese Weise ermittelten Besserungsraten zwischen den Stichproben der jeweiligen Messzeitpunkten erfolgte mit dem McNemar-Test (exakte Form als Binomialtest für $p=1/2$). In die Prüfgröße geht ein, ob sich die Patienten der Erhebungszeitpunkte in den Kategorien des Alternativmerkmals (abhängige Variable) unterscheiden. Die Ergebnisse dieser Prüfung sind in Tabelle 5-37 dargestellt.

P-Werte $< 0,05$ mit mittlerer Effektstärke konnten innerhalb des Jahreszeitraumes (T2 bis T4) durch die Behandlung in den Bereichen „Schule“ und „Gesamtproblembelastung“ nachgewiesen werden. Verbesserungen in der ersten Hälfte mit leichten Verschlechterungen in der zweiten Hälfte der Behandlung sahen wir in den Bereichen „andere Kinder“, „Alleine“ und „Psychische Gesundheit / Nerven“. Der Bereich „Gesundheit“ zeigte zunächst eine leichte Zunahme der Problematik, sank dann in der zweiten Hälfte der Beobachtung deutlicher ab. Einen leichten Effekt der Behandlung wurde auf die Bereiche „Gesundheit“ und „psychische Gesundheit / Nerven“ nachgewiesen (siehe Tabelle 5-37). Auffallend war, dass im Bereich „Familie“ von der Anmeldung an bis zu einem Jahr nach Behandlungsbeginn eine kontinuierliche, wenn auch nicht bedeutsame, Verschlechterung verzeichnet wurde.

Die p-Werte der dichotomisierten Variablen zwischen den Erhebungszeiträumen gemäß McNemar und die jeweiligen Effektstärken sind in nachfolgender Tabelle im Einzelnen aufgeführt.

Tab. 5-37: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Elternsicht“, p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 45

p-Werte der dichotomisierten Variablen zwischen den Erhebungszeitpunkten	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a	d ^b T2 - T4
Schule	0,375	0,002*	0,549	0,004*	+	0,7374
Familie	0,688	0,754	0,754	0,774	-	(- 0,1021)
Andere Kinder	0,727	0,227	0,344	1,000	+	(0,0939)
Alleine	0,754	0,607	1,000	0,607	+	(0,1476)
Gesundheit	0,688	1,000	0,508	0,688	+	0,2884
Nerven	0,774	0,057	0,180	0,302	+	0,2591
Gesamt	0,629	0,003*	0,727	0,004*	+	0,7229

^a Richtung der Veränderung: + bedeutet Verbesserung, - bedeutet Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d für Vierfeldertafel nach Hasselblad und Hedges (1995). Werte in Klammern sind *nicht* bedeutsam.

* statistisch bedeutsamer Unterschiede ($\alpha = 0,05$)

Abbildung 5-21 vergleicht die in der Institutsambulanz gefundenen Werte mit den ILK-Normwerten der Allgemeinbevölkerung (Mattejat & Remschmidt, 2006). Der Vergleich bezieht sich auf zehn- bis zwölfjährige Jungen aus einer Schülerstichprobe, da die Ambulanz-Stichprobe ein mittleres Alter von 9 Jahren (SD 2,8 Jahre) und eine Knabenwendigkeit (56,5 % Jungen versus 43,5 % Mädchen) aufwies.

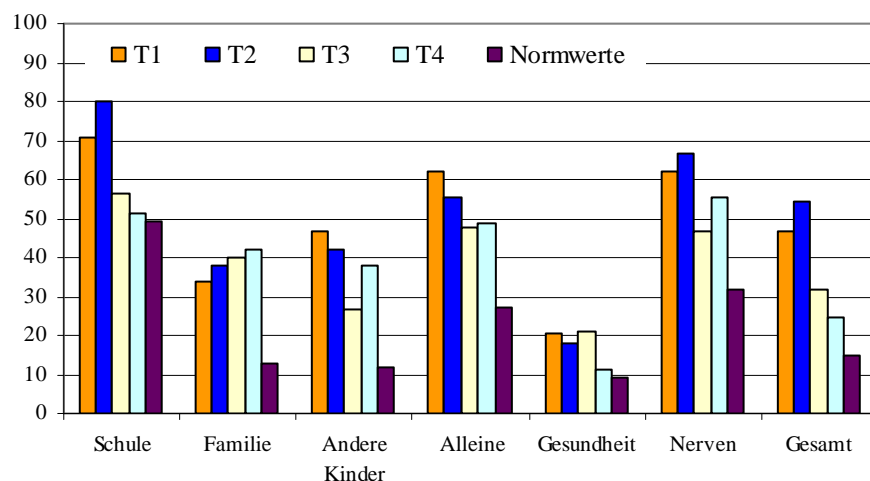


Abb. 5-21: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Elternsicht“, Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4 sowie der Normwerte 10 - 12 - jähriger Jungen aus einer Schülerstichprobe, prozentuale Häufigkeiten, N = 45

Insbesondere die Bereiche „Schule“ (80 % versus 49 %) „psychische Gesundheit / Nerven“ (67 % versus 32 %), „Alleine“ (56 % versus 27 %), „Andere Kinder“ (42 % versus 12 %), und die Gesamtbelastung (55 % versus 15 %) wurden von den Eltern zum Zeitpunkt des

Erstgespräches T2 als deutlich stärker mit Problemen belastet erlebt als in der Allgemeinbevölkerung. Höhere Belastungen waren auch in den Lebensbereichen „Familie“ und „Gesundheit“ zu finden.

Ein Jahr nach Beginn der Behandlung waren insbesondere der Bereiche „Schule“ mit 51 %, „Gesundheit“ mit 11 % und die Gesamtbelastung (24%) der Normalstichprobe angenähert.

Belastungen

Über die ILK-Fragebögen wurden zusätzlich Daten zur Einschätzung der Belastung und Beeinträchtigung durch die Erkrankung selbst und die damit verbundenen Therapien erhoben. Abbildung 5-22 stellt die Häufigkeitsverteilung der Elternantworten auf die Frage nach der Belastung des Kindes durch die Erkrankung dar.

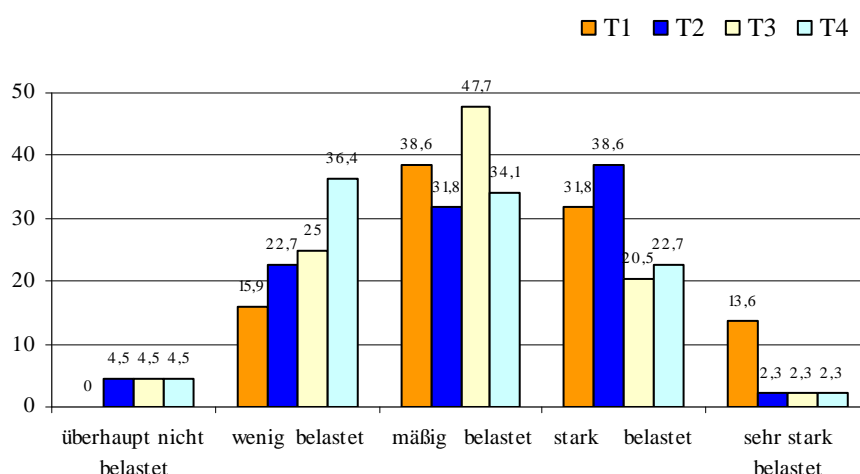


Abb. 5-22: ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Krankheit“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N = 44 (von 2 Eltern fehlten die Daten).

Bei Anmeldung (T1) schätzten 45,4 % der Eltern (20) ihre Kinder als stark und sehr stark durch die Krankheit selbst belastet ein. Nur 15,9 % (7) sahen ihre Kinder nur wenig belastet, keiner sah sein Kind als überhaupt nicht durch die Krankheit selbst belastet an. 38,6 % (17) der Eltern fanden ihre Kinder mäßig belastet. Schon durch das Erstgespräch in der Ambulanz war eine Verringerung der Belastung zu verzeichnen: Jetzt fanden 27,2 % (12) der Eltern ihre Kinder nur wenig oder gar nicht belastet, 40,9 % (18) sahen eine starke oder sehr starke Belastung, wobei der Anteil der sehr stark belasteten auf 4,5 % (2) sank. Nach sechs Monaten der Behandlung war der Anteil der stark und sehr stark belasteten auf weniger als ¼ mit 22,8% (10) abgefallen, was sich bis zum letzten Erhebungszeitpunkt T4 stabil hielt mit 25% (11).

Nach einem Jahr Behandlung schätzten 40,9 % der Eltern (18) ihre Kinder wenig oder gar nicht belastet, 34,1 % (15) als mäßig belastet ein.

Im Anschluss wurde der McNemar-Test eingesetzt um einen Hinweis auf bedeutsame Veränderungen zu erhalten. Hierzu wurden die Daten an Hand des Manuals des ILK (Mattejat F. und Remschmidt H., 2006, im Druck) dichotomisiert. Die absoluten und prozentualen Häufigkeiten sind in Tabelle 5-38 dargestellt. Die Ergebnisse der Überprüfung der p-Werte sind in Tabelle 5-39 aufgeführt.

Tab. 5-38: ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Erkrankung“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2 und T3, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N = 44^a

Belastung des Kindes durch die Krankheit	T1		T2		T3		T4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
(0) Keine bedeutsame Belastung	7	15,9	12	27,3	13	29,5	18	40,9
(1) Bedeutsame Belastung	37	84,1	32	72,7	31	70,5	26	59,1

^a von 2 Eltern fehlten die Angaben

Tab. 5-39: ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Erkrankung“ (Elternsicht) – p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 44 (von 2 Eltern fehlten die Angaben)

Belastung des Kindes durch die Krankheit	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a
p-Werte	0,424	0,791	0,581	0,118	+
Effektstärke d ^b	0,3772	0,0616	0,2764	0,3380	

^a zeigt die Richtung der bedeutsamen Änderung an: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 und T4, - zeigt eine Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d* für Vierfeldertafeln nach Hasselblad und Hedges (1995)

Schon durch das Erstgespräch konnte ein geringer Effekt auf die Problembelastung aus Elternsicht erreicht werden. Im Verlauf des Behandlungsjahres zeigte sich ein ähnlich großer Effekt. Die Veränderungen erschienen jedoch nicht bedeutsam.

Die Behandlungsbelastung der Kinder aus Sicht der Eltern ist in den folgenden Abbildungen und Tabellen differenziert dargestellt.

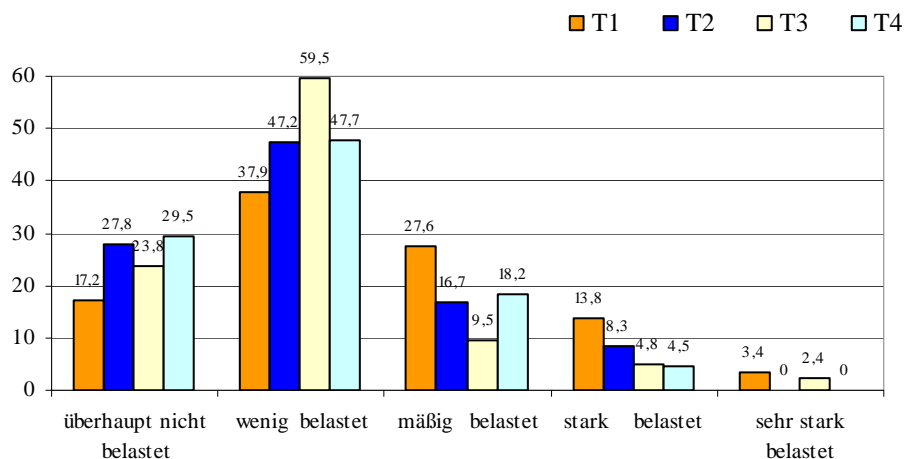


Abb. 5-23: ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N = 44 (von 2 Eltern fehlten die Daten).

Der Anteil der Eltern, die ihr Kind als mäßig stark, stark oder sehr stark durch die Behandlung belastet erlebten, war zum Zeitpunkt T1, also bei der Anmeldung, mit 44,8 % (13 von 29, von 17 Eltern fehlten die postalisch erhobenen Angaben) am höchsten. Dieser Anteil sank schon bis zum Erstgespräch auf 25 % (9 von 36, bei 10 Eltern waren keine Angaben zu erhalten). Nach zwölf Monaten Behandlung schätzten 22,7 % (10 von 44, von 2 Eltern fehlten die Angaben) der Eltern ihr Kind als mäßig oder stark belastet ein, als sehr stark belastet wurde kein Kind eingestuft. Nach einem Jahr Behandlung sahen 77,2 % (34) der Eltern ihr Kind als nicht oder nur wenig durch die Behandlung belastet an.

Tabelle 5-40 gibt die dichotomisierten Häufigkeiten der Fragen zur Belastung durch die Untersuchung und Behandlung wieder.

Tab. 5-40: ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N = 44

Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung	T1		T2		T3		T4	
	N ^a	%	N ^b	%	N ^c	%	N ^d	%
(0) Keine bedeutsame Belastung	16	55,2	27	75	35	83,3	34	77,3
(1) Bedeutsame Belastung	13	44,8	9	25	7	16,7	10	22,7

^a von 17 Eltern fehlten die Angaben

^b von 10 Eltern fehlten die Angaben

^c von 4 Eltern fehlten die Angaben

^d von 2 Eltern fehlten die Angaben

Die Ergebnisse der Testung nach McNemar sind aus Tabelle 5-41 zu ersehen.

Tab. 5-41: ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Elternsicht) - p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 44

Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a
p-Werte	0,070	0,508	0,688	1,000	+
Effektstärke d ^b	0,4906	0,2803	-0,2104	0,0698	

^a zeigt die Richtung der bedeutsamen Änderung an: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 und T4, - zeigt eine Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d* für Vierfeldertafeln nach Hasselblad und Hedges (1995)

Keine der Veränderungen erschienen demnach bedeutsam. Die Veränderungen in der Zeit zwischen der Anmeldung (T1) und dem Erstgespräch (T2) wiesen eine mittlere Effektstärke auf.

Zusätzlich schätzten die Eltern ihre eigene Belastung ein. Die Selbstbeurteilung der eigenen Belastung durch die Erkrankung des Kindes im Jahresverlauf ist in Abbildung 5-24 als prozentuale Verteilung dargestellt (durch Auf- und Abrundungen ergaben sich bei Summierung teilweise Werte kleiner oder größer 100).

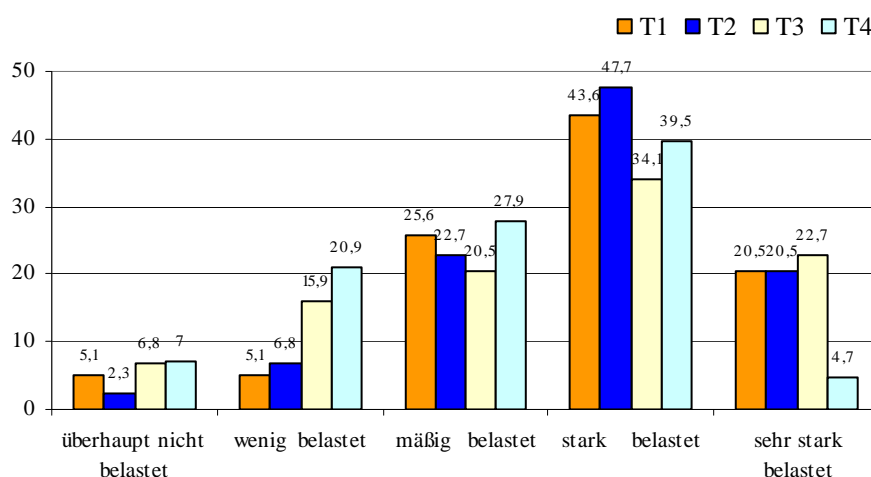


Abb. 5-24: ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Krankheit des Kindes“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N = 46

Bei Anmeldung waren mit 64,1 % (25) etwa 2/3 der Eltern stark oder sehr stark durch die Probleme, die ihr Kind zeigte, belastet. Vom Zeitpunkt der Anmeldung bis zur Aufnahme (T1-

T2) nahm der Anteil der stark und sehr stark belasteten Eltern noch etwas zu bis 68,2 % (30). Nur 9,1 % (4) gaben zum Zeitpunkt T2 keine oder eine geringe Belastung an. Nach einem Jahr Behandlung (T2-T4) waren demgegenüber nur noch 44 % (19) stark oder sehr stark belastet, 27,9 % (12) der Eltern waren nicht oder nur wenig belastet.

Die Dichotomisierung der Antworten nach den bedeutsamen Belastungen (mäßig, stark und sehr stark) zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten ist in Tabelle 5-42, die p-Werte des statistischen Vergleichs mit der praktischen Bedeutung an Hand der Effektstärke in Tabelle 5-43 dargestellt.

Tab. 5-42: ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N = 46

Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes	T1		T2		T3		T4	
	N ^a	%	N ^b	%	N ^c	%	N ^d	%
(0) Keine bedeutsame Belastung	4	10,3	4	8,7	10	21,7	12	26,1
(1) Bedeutsame Belastung	35	89,7	40	87,0	34	73,9	31	67,4

^a von 7 Eltern fehlten die Angaben

^b von 2 Eltern fehlten die Angaben

^c von 2 Eltern fehlten die Angaben

^d von 3 Eltern fehlten die Angaben

Tab. 5-43: ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes“ (Elternsicht) - p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=46

Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a
p-Werte	1,000	0,180	0,508	0,016*	+
Effektstärke d ^b	-0,0736	0,5948	0,1514	0,7462	

^a zeigt die Richtung der bedeutsamen Änderung an: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 und T4, - zeigt eine Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d* für Vierfeldertafeln nach Hasselblad und Hedges (1995)

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha = 0,05$)

In der Wartezeit nahm der Belastungsgrad zu, jedoch statistisch nicht bedeutsam und von praktisch keinem Effekt. Im Laufe des Behandlungsjahres (T2-T4) konnte eine statistisch bedeutsame und mit einer Effektstärke von 0,75 praktisch mäßige bedeutsame Reduktion der

Belastung der Eltern erzielt werden. Diese waren vor allem auf Verbesserungen im ersten halben Jahr der Behandlung zurückzuführen mit einer Prä-Post-Effektstärke von 0,6.

Abbildung 5-25 gibt die Belastung der Eltern als prozentuale Verteilung wieder. Durch Auf- und Abrundungen ergaben sich bei Summierung teilweise Werte kleiner oder größer 100.

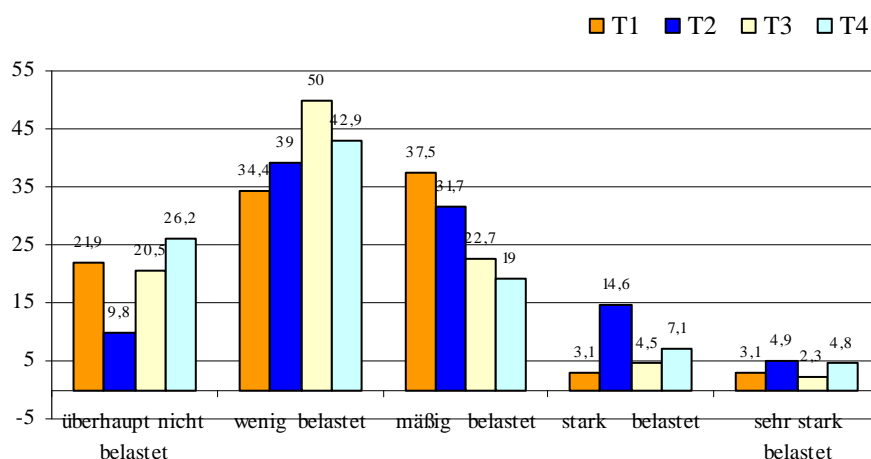


Abb. 5-25: ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Untersuchung / Behandlung des Kindes“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N = 46

Bei Anmeldung (T1) gaben mit 56,3 % (18) über die Hälfte der Eltern an, nicht durch die Behandlung belastet zu sein. Immerhin 6,1 % (2) fühlten sich schon bei Anmeldung stark oder sehr stark belastet. Bei den postalisch erhobenen Daten hatten 14 der Eltern zu dieser Frage keine Antwort gegeben, so dass die Ergebnisse eingeschränkt zu beurteilen sind. Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs (T2) gaben 19,5 % (20) eine starke oder sehr starke Belastung durch die Untersuchung an, 48,8 % (20) fühlten sich gar nicht oder gering belastet. Im ersten Halbjahr der Behandlung nahm der Belastungsgrad der Eltern ab, stieg in der zweiten Behandlungsperiode (T3-T4) wieder etwas an. Nach einem Jahr Behandlung waren 11,9 % (5) stark oder sehr stark belastet, mit 69,1 % (29) über 2/3 gar nicht oder wenig belastet. Insgesamt wurde die Behandlung von den Eltern gut angenommen, da trotz des notwendigen Aufwandes für die Untersuchungs- und Behandlungstermine der Belastungsgrad diesbezüglich im Jahresverlauf abnahm.

In Tabelle 5-44 sind die jeweiligen dichotomisierten Daten dargestellt. Die Unterschiede sind in ihrer statistischen und praktischen Bedeutsamkeit nachfolgend in Tabelle 5-45 erläutert.

**Tab. 5-44: ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Untersuchung / Behandlung des Kindes“
- Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung
der Antworten, N = 46**

Belastung der Eltern durch die Untersuchung/Behandlung des Kindes	T1		T2		T3		T4	
	N ^a	%	N ^b	%	N ^c	%	N ^d	%
(0) Keine bedeutsame Belastung	18	56,3	20	48,8	31	70,5	29	69,0
(1) Bedeutsame Belastung	14	43,8	21	51,2	13	29,5	13	31,0

^a von 14 Eltern fehlten die Angaben

^b von 5 Eltern fehlten die Angaben

^c von 2 Eltern fehlten die Angaben

^d von 2 Eltern fehlten die Angaben

**Tab. 5-45: ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Untersuchung / Behandlung des Kindes“
- p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den
Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 46**

Belastung der Eltern durch die Untersuchung / Behandlung des Kindes	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a
p-Werte	1,000	0,031*	1,000	0,064	+
Effektstärke d ^b	-0,1654	0,5060	0,0367	0,4693	

^a zeigt die Richtung der bedeutsamen Änderung an: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 und (4, - zeigt eine Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d* für Vierfeldertafeln nach Hasselblad und Hedges (1995)

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha = 0,05$)

Die Veränderungen waren in den ersten sechs Monaten der Behandlung (T2-T3) statistisch bedeutsam und mit einer mittleren Prä-Post-Effektstärke von 0,5. Im Zeitraum T2-T4, also vom Erstgespräch bis ein Jahr danach, war mit einer Effektstärke von 0,47 ein mäßiger, statistisch nicht bedeutsamer Effekt zu verzeichnen.

Veränderung der Lebensqualität aus Sicht der Kinder- und Jugendlichen

Kinder über sechs Jahre beantworteten die Kinderfragebögen des ILK, Jugendliche ab zwölf Jahre die Jugendlichenbögen. Analog zur Auswertung der Elternfragebögen wurden die Aussagen der Kinder und Jugendlichen dichotomisiert, dass heißt, es wurden die Antworten als „problematisch“ eingeschätzt, die mit *teils / teils*, *eher schlecht* oder *sehr schlecht* beantwortet wurden. In den folgenden Abbildungen 5-26 und 5-27 ist der jeweilige prozentuale Anteil an Kindern und Jugendlichen, die einen Lebensbereich als „problematisch“ einschätzten, dargestellt.

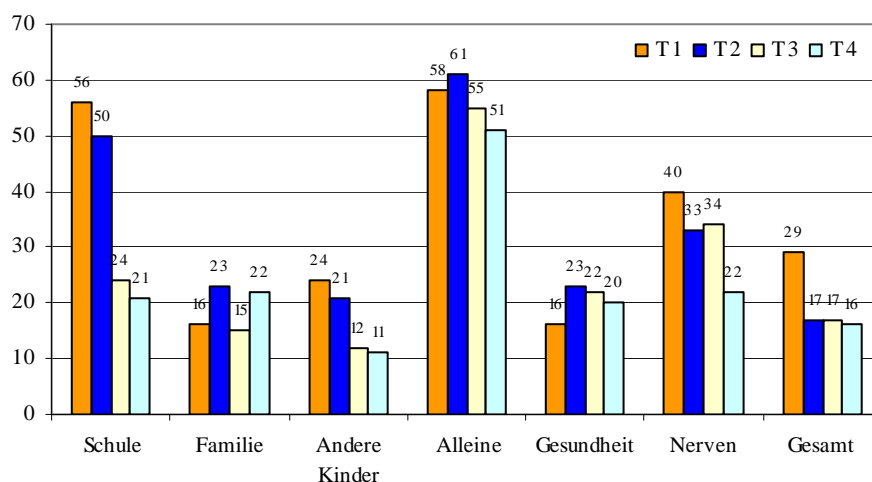


Abb. 5-26: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Häufigkeiten, N = 45

Den Bereich „Alleine“ fanden bei Anmeldung 58 %, zum Zeitpunkt des Erstgespräches 61 % der Kinder und Jugendlichen problematisch. Über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (56 % bei T1 und 50 % bei T2) sahen sich bei Anmeldung und Erstgespräch im Bereich „Schule“ deutlich belastet. Die „psychische Gesundheit / Nerven“ sahen bei Anmeldung 40 %, bei Beginn der Behandlung 33 % bei sich selbst problematisch. Der Gesamtscore besserte sich vom Zeitpunkt der Anmeldung bis zum Erstgespräch von 29 % auf 17 %. In den Bereichen „Familie“ und „körperliche Gesundheit“ sahen die Patienten in der Wartezeit eine Verschlechterung der Problematik, von je 16 % auf 23 %. Der „Kontakt mit anderen“ war zu beiden Zeitpunkten ähnlich problematisch mit 24 % versus 21 %.

Im Verlauf des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr (T2-T4) konnte insbesondere im schulischen Bereich eine deutliche Problemreduktion erzielt werden, von 50 % auf 21 %. Der

Kontakt zu anderen Kindern besserte sich ebenfalls deutlich. Bei Aufnahme (T2) sahen sich noch 21 % belastet, nach einem Jahr nur noch 11 %. Die psychische Gesundheit zeigte im gleichen Zeitraum eine Reduktion von 33 % auf 22 %, der Bereich „alleine“ von 61 % auf 51 %. Die Gesamtproblembelastung blieb nach der Reduktion in der Wartezeit annähernd stabil niedrig mit 16 % nach einem Jahr der Behandlung. Der Bereich „Familie“ verbesserte sich in der ersten Hälfte der Behandlungszeit von einem Jahr von 23 % auf 15 %, um dann mit 22 % nach einem Jahr fast das Ausgangsniveau zu erreichen.

Wie in der Darstellung der Elternangaben verglichen wir die Angaben der Kinder und Jugendlichen mit einer repräsentativen Schülerstichprobe (Jungen, 10 - 12 Jahre).

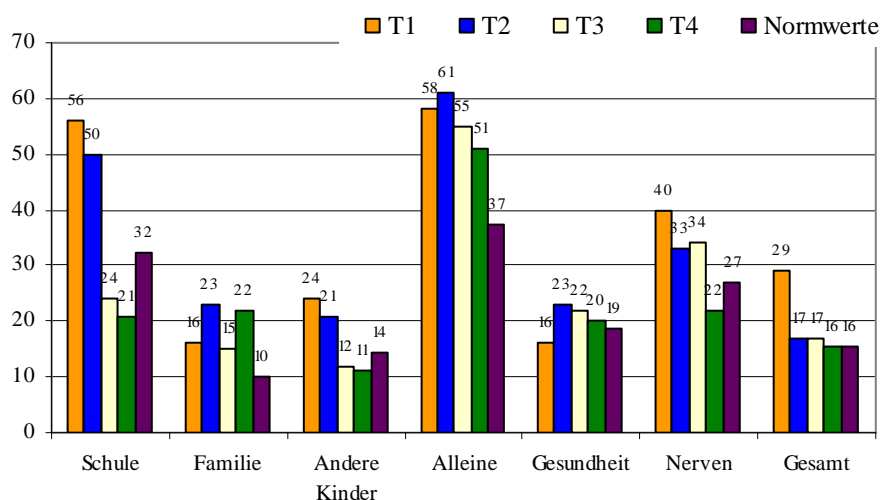


Abb. 5-27: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4 sowie der Normwerte 10- bis 12 - jähriger Jungen aus einer Schülerstichprobe, prozentuale Häufigkeiten, N = 45

In den Lebensbereichen „Schule“, „Andere Kinder“ und „psychische Gesundheit/Nerven“ war das Klientel in der eigenen Sicht zum Zeitpunkt des Erstgespräches deutlich mehr mit Problemen belastet als die Normalbevölkerung. Durch die Behandlung konnten in diesen Bereichen Normalisierungen erzielt werden. Die Gesamtproblembelastung und die „körperliche Gesundheit“ wichen bereits bei Aufnahme nicht wesentlich von der Normalbevölkerung ab. Im Bereich „Alleine“ war eine deutlich stärkere Problematik aus Sicht der Patienten gegeben, die sich im Rahmen der Behandlung besserte, aber nicht normalisierte. Der familiäre Bereich zeigte Schwankungen, glich sich jedoch nicht den Normwerten an. Die Ergebnisse der statistischen Tests nach McNemar und die jeweiligen Prä-Post-Effektstärken sind aus Tabelle 5-46 ersichtlich.

Tab. 5-46: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen“ - p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 45

p-Werte der dichotomisierten Variablen zwischen den Erhebungszeitpunkten	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a	d ^b T2 - T4
Schule	0,774	0,013*	1,000	0,017*	+	0,7175
Familie	0,344	0,180	0,388	1,000	+	0,0316
Andere Kinder	0,754	0,688	1,000	0,388	+	0,4137
Alleine	1,000	0,629	0,791	0,581	+	0,2099
Gesundheit	0,219	0,727	1,000	1,000	+	0,1062
Nerven	1,000	1,000	0,388	0,267	+	0,2896
Gesamt	0,581	1,000	1,000	1,000	+	(0,0252)

^a Richtung der Veränderung: + bedeutet Verbesserung, - bedeutet Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d für Vierfeldertafel nach Hasselblad und Hedges (1995). Werte in Klammern sind *nicht* bedeutsam.

* statistisch bedeutsamer Unterschiede ($\alpha = 0,05$)

Im Wartezeitraum (T1-T2) waren keine statistisch bedeutsamen Veränderungen zu verzeichnen. In dieser Population fehlten allerdings einige Daten. Von 38 Patienten konnten zum Zeitpunkt T1 auf postalischem Weg Antworten erhalten werden.

Statistisch bedeutsame Veränderungen fanden wir im Bereich „Schule“, und zwar bedingt durch Verbesserungen in den ersten 6 Monaten der Behandlung. Auch im Jahresverlauf waren die Veränderungen statistisch bedeutsam und zeigten zudem mit einer Effektstärke von 0,72 einen bedeutsamen Effekt. Mäßige Effektstärken konnten im Bereich „Andere Kinder“ mit 0,41 aus Sicht der Patienten selbst erzielt werden.

Belastungen aus Sicht der Kinder und Jugendlichen

In der Klinikversion des ILK werden zusätzlich Fragen zur Belastung durch die Krankheit und Problematik selbst sowie durch die Behandlung gestellt. Die Angaben der Kinder und Jugendlichen hierzu sind nachfolgend erläutert. Abbildung 5-28 gibt zunächst die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Antworten der betroffenen Patienten zur Frage der Belastung durch die eigene Krankheit wieder (durch Auf- und Abrundungen ergaben sich bei Summierung teilweise Werte kleiner oder größer 100).

Im Wartezeitraum (T1-T2) nahm der Anteil der überhaupt nicht belasteten etwas ab, der Anteil der sehr stark belasteten ebenfalls. Dafür stieg der Anteil der wenig und der stark belasteten Kinder und Jugendlichen an. Vergleichbar zu den Einschätzungen der Eltern nahmen die Patienten sich im Laufe des Erhebungszeitraumes von einem Jahr zunehmend weniger durch die Krankheit selbst belastet wahr. Zum Zeitpunkt T1 zeigten sich 44,1 % (15) gar nicht oder wenig belastet. Beim Erstgespräch hatte sich dieser Anteil auf 51,2 % (22) erhöht. Dem gegenüber fanden sich zum Zeitpunkt T1 23,5 % (8) stark oder sehr stark belastet

belastet, zum Erhebungszeitpunkt T2 28 % (12). Nach einem Jahr Behandlung (T4) waren 70,4 % (31) der Patienten gar nicht oder gering belastet, nur noch 13,6 % (6) stark oder sehr stark belastet. Die Dichotomisierung nach problematischer Belastung durch die Erkrankung (mäßig, stark und sehr stark belastet) ist in Tabelle 5-47 dargestellt.

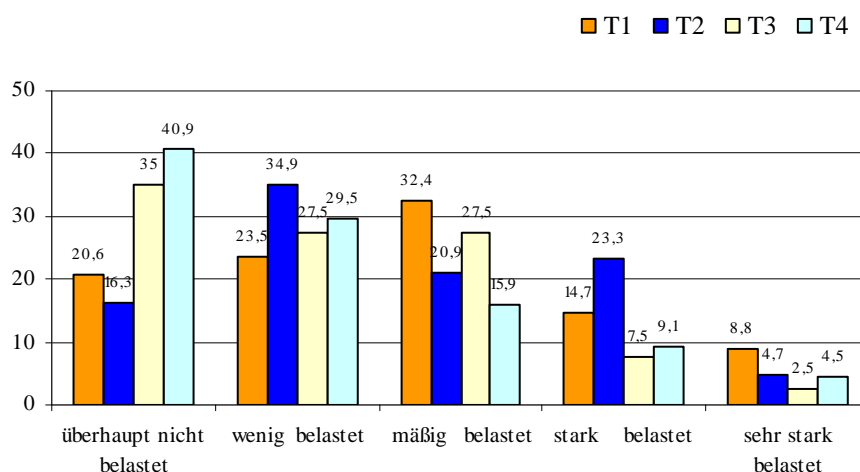


Abb. 5-28: ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Krankheit“ (Patientensicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N = 44 (von 2 Patienten fehlten die Angaben)

Tab. 5-47: ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Erkrankung selbst“ (Patientensicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N = 44

Belastung der Patienten durch die Erkrankung	T1		T2		T3		T4	
	N ^a	%	N ^b	%	N ^c	%	N ^d	%
(0) Keine bedeutsame Belastung	15	44,1	22	51,2	25	62,5	31	70,4
(1) Bedeutsame Belastung	19	55,9	21	48,4	15	37,5	13	29,6

^a von 12 Patienten fehlten die Angaben

^b von 3 Patienten fehlten die Angaben

^c von 6 Patienten fehlten die Angaben

^d von 2 Patienten fehlten die Angaben

Die p-Werte nach McNemar und die Prä-Post-Effektstärken gibt Tabelle 5-48 wieder. Zwischen allen Messzeitpunkten fanden sich Verbesserungen, zwischen dem Erstgespräch (T2) und dem letzten Messzeitpunkt (T4) waren diese statistisch bedeutsam, d.h. nach einem Jahr Behandlung fühlten sich eine bedeutsame Anzahl von Patienten deutlich weniger durch die Krankheit selbst belastet. Die Veränderungen in diesem Zeitraum zeigten eine mäßige Effektstärke (ES=0,45) an. Die übrigen Verbesserungen waren nicht bedeutsam bei kleiner Effektstärke.

Tab. 5-48: ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Erkrankung selbst“ (Patientensicht) - p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 44

Belastung der Patienten durch die Erkrankung	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a
p-Werte	0,238	0,332	0,388	0,022*	+
Effektstärke d ^b	0,156	0,256	0,1975	0,4535	

^a zeigt die Richtung der bedeutsamen Änderung an: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 bis T4, - zeigt eine Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d* für Vierfeldertafeln nach Hasselblad und Hedges (1995)

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha = 0,05$)

Die Ergebnisse der Befragung der Patienten zur Belastung durch die Untersuchungen und Behandlungen in der Institutsambulanz sind in nachfolgenden Abbildungen und Tabellen erläutert. Abbildung 5-29 gibt die prozentuale Verteilung der Antworten wieder. Durch Auf- und Abrundungen ergaben sich bei Summierung teilweise Werte kleiner oder größer 100.

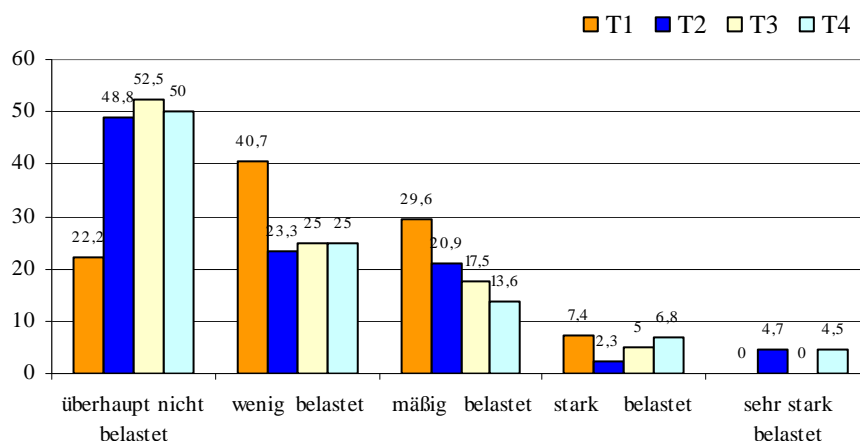


Abb. 5-29: ILK-Skala „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Patientensicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N = 44 (Von 2 Patienten fehlten die Angaben.)

Demnach fühlten sich bei Anmeldung nur 22,2 % (6) der Kinder und Jugendlichen überhaupt nicht durch die Untersuchung und Behandlung belastet, aber auch kein Patient sehr stark belastet. 7,4 % (2) gaben eine starke Belastung an. Da zu diesem Zeitpunkt auf postalischem Weg von 27 von insgesamt 46 Patienten Daten erhoben werden konnten zu dieser Fragestellung, ist das Ergebnis zurückhaltend zu beurteilen.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt beim Erstgespräch in der Ambulanz waren 72,1 % (31) gar nicht oder nur gering belastet durch die Untersuchung. Eine starke oder sehr starke Belastung gaben lediglich 7 % (3) der Kinder und Jugendlichen an. Im Verlauf bis zu einem Jahr änderte sich an dieser Verteilung nichts Wesentliches. Der überwiegende Anteil von 75 % (33) fand sich zum letzten Erhebungszeitpunkt nicht oder nur wenig belastet. Die Behandlung wurde also auch von den Kindern, ähnlich wie von den Eltern, sehr gut angenommen.

Wir nahmen eine Dichotomisierung der Antworten vor. Als problematisch wurden Ratings von „mäßig, stark oder sehr stark“ gewertet. Die prozentualen Häufigkeiten zur Belastung durch die Untersuchung und / oder Behandlung sind in Tabelle 5-49 abgebildet.

Tab. 5-49: ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Untersuchung / Behandlung“ (Patientensicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N = 44

Belastung der Patienten durch die Untersuchung/Behandlung	T1		T2		T3		T4	
	N ^a	%	N ^b	%	N ^c	%	N ^d	%
(0) Keine bedeutsame Belastung	17	62,9	31	72,1	31	77,5	33	75,0
(1) Bedeutsame Belastung	10	37,1	12	27,9	9	22,5	11	25,0

^a von 19 Patienten fehlten die Angaben

^b von 3 Patienten fehlten die Angaben

^c von 6 Patienten fehlten die Angaben

^d von 2 Patienten fehlten die Angaben

Die Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten T1-T2, T2-T3, T3-T4 und T2-T4 waren nicht bedeutsam bei niedriger Effektstärke, was aus Tabelle 5-50 zu ersehen ist.

Tab. 5-50: ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Untersuchung / Behandlung“ (Patientensicht) - p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N = 44

Belastung der Patienten durch die Erkrankung	T1 - T2	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a
p-Werte	0,180	0,774	1,000	1,000	+
Effektstärke d ^b	0,2307	0,1586	-0,0761	0,0824	

^a zeigt die Richtung der bedeutsamen Änderung an: + bedeutet eine Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten T2 bis T4, - zeigt eine Verschlechterung

^b Effektstärkemaß d* für Vierfeldertafeln nach Hasselblad und Hedges (1995).

Veränderung der Lebensqualität aus Sicht der Therapeuten

Zu allen drei Erhebungszeitpunkten, an denen die Patienten anwesend waren (T2, T3 und T4), füllten die Therapeuten Fragebögen zur Einschätzung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (ILK) aus. Für die Auswertung führten wir wie zuvor beschrieben eine Dichotomisierung durch, so dass in der folgenden Abbildung der prozentuale Anteil der Therapeuten pro ILK-Bereich dargestellt wird, der die Lebensqualität der Kinder als *teils / teils*, *eher schlecht* oder *sehr schlecht* und damit als problematisch einschätzte.

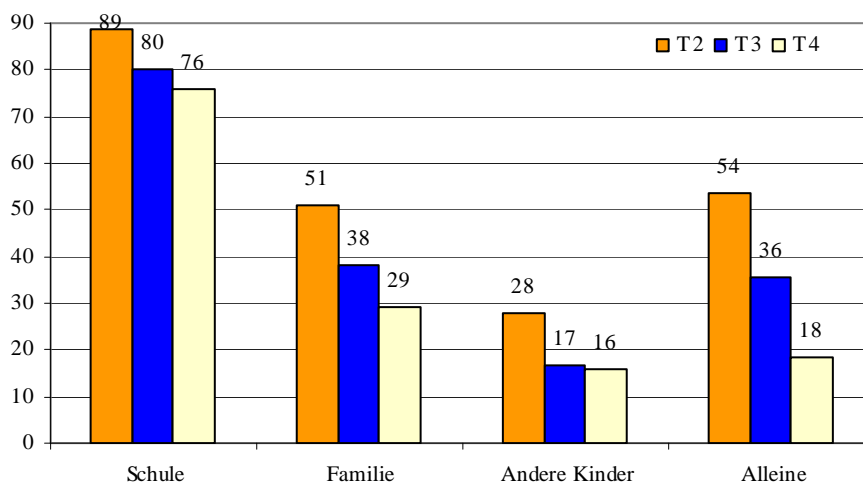


Abb. 5-30: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Therapeutensicht“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T2, T3 und T4, prozentuale Häufigkeiten, N = 46

Die Probleme im Bereich „Schule“ waren bei 89 % (31) der Patienten bei Aufnahme in die Ambulanz aus Sicht der Therapeuten bedeutsam. Hier konnte, wie in allen anderen Lebensbereichen, eine Verbesserung im Laufe des Behandlungsjahres erreicht werden. Nach einem Jahr waren aber immerhin noch 76 % (23) deutlich belastet in diesem Bereich.

Der Umfang und die Ausdauer des Spielens alleine wurde zum Zeitpunkt T2 bei 54 % (23) als problematisch eingeschätzt. Dieser Anteil reduzierte sich im Behandlungsverlauf eines Jahres auf 16 % (7).

Im Bereich „Familie“ wurde bei 51 % (22) der Jugendlichen und Kinder ein problematischer Befund erhoben. Dieser Anteil reduzierte sich nach zwölf Monaten auf 29 % (11).

Die soziale Kontaktfähigkeit schätzten zu Beginn der Behandlung 28 % (12) der Therapeuten bedeutsam beeinträchtigt ein. Nach einem Jahr (T4) belief sich dieser Anteil auf 16 % (6).

Die statistische Prüfung der Veränderungen wurde mit Hilfe des McNemar-Tests durchgeführt. Zudem wurde die Effektstärke d für Vierfeldertafel nach Hasselblad und Hedges (1995) berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5-51 dargestellt.

**Tab. 5-51: ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Therapeutesicht“ -
p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den
Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N =43 (Von 3 Patienten fehlten die Angaben)**

p-Werte der dichotomisierten Variablen zwischen den Erhebungszeitpunkten	T2 - T3	T3 - T4	T2 - T4	+ / - ^a	d^b T2 - T4
Schule	0,063	1,000	0,125	+	0,2119
Familie	0,267	0,754	0,180	+	0,5201
Andere Kinder	0,125	1,000	0,219	+	0,4018
Alleine	0,092	0,016*	0,002*	+	0,8985

^a Richtung der Veränderung: + bedeutet Verbesserung, - bedeutet Verschlechterung zwischen T2 und T4

^b Effektstärkemaß d für Vierfeldertafel nach Hasselblad und Hedges (1995). Die Werte in Klammern sind *nicht* bedeutsam.

* statistisch bedeutsamer Unterschiede ($\alpha = 0,05$)

Die Veränderungen im Bereich „Alleine“ waren in den letzten sechs Monaten und im Verlauf von Aufnahme bis zu einem Jahr später statistisch bedeutsam und zeigten eine hohe Prä-Post-Effektstärke von 0,9. Die Verbesserungen im Bereich „Familie“ sowie „Andere Kinder“ waren statistisch nicht bedeutsam, zeigten aber im Verlauf des Behandlungsjahres eine mäßige Effektstärke mit 0,5 bzw. 0,4.

5.4.3 Veränderungen des globalen Funktionsniveau

Das globale Funktionsniveau aus Sicht der Therapeuten wurde mittels Achse VI der MAS zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4 erfasst. Diese beinhaltet die Einschätzung der psychosozialen Anpassung des Kindes oder Jugendlichen. In Kapitel 3.3 ist diese Achse erläutert, im Anhang unter der BADO zu finden. Die Ergebnisse kommen in Tabelle 5-52 zur Darstellung.

Ein hoher Prozentsatz von insgesamt 61,3 % (27) Patienten zeigten demnach bei Aufnahme mindestens eine deutliche soziale Beeinträchtigungen, bei 40,9 % (18) waren diese deutlich, bei 13,6 % (6) waren sie zudem übergreifend und durchgängig vorhanden. Bei 6,8 % (3) lagen tiefgreifende und schwerwiegende Beeinträchtigungen vor. Eine mäßige oder leichte Beeinträchtigung wurde bei 1/4 (11) der Kinder und Jugendlichen gefunden. Nur 13,6 % (6) zeigten eine befriedigende soziale Anpassung. Eine hervorragende soziale Anpassung wurde bei keinem Patienten dokumentiert. Eine beträchtliche Betreuung oder 24-Stunden-Betreuung war bei keinem Patienten notwendig. Hier spiegelte sich die Tatsache wieder, dass Notfälle mit akuter Gefährdung in der Studie nicht in Erscheinung traten, sondern nur die Kinder und Jugendliche, die nach einer Wartezeit von bis zu 4 Monaten zur Vorstellung gelangten.

Im Erhebungszeitraum von einem Jahr nach Beginn der Behandlung nahm der Anteil der Patienten, die mindestens deutlich beeinträchtigt waren, sehr ab zugunsten der Patienten, die weniger stark oder gar nicht beeinträchtigt waren. Abbildung 5-31 veranschaulicht diese Entwicklung.

Zu Beginn waren insgesamt 60,5 % (27) der Patienten deutlich, deutlich und übergreifend oder tiefgreifend beeinträchtigt. Ein Jahr später war dieser Anteil auf 11,1 % (5) gesunken. Während zu Beginn der Behandlung lediglich 38,6 % (17) höchstens mäßig, leicht oder gar nicht beeinträchtigt waren, waren dies nach einem Jahr 88,8 % (40).

Tab. 5-52: Achse VI des MAS, Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung zu Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4. N=46

Psychosoziales Funktionsniveau	T2		T3		T4	
	N	%	N	%	N	%
Hervorragende/gute soziale Anpassung	-	-	-	-	-	-
Befriedigende soziale Anpassung	6	13,6	4	9,1	9	20,0
Leichte soziale Beeinträchtigung	6	13,6	17	38,6	20	44,4
Mäßige soziale Beeinträchtigung	5	11,4	13	29,5	11	24,4
Deutliche soziale Beeinträchtigung	18	40,9	9	20,5	4	8,9
Deutliche und übergreifende soziale	6	13,6	1	2,3	1	2,2
Tiefgreifende und schwerwiegende soziale	3	6,8	-	-	-	-
Braucht beträchtliche Betreuung	-	-	-	-	-	-
Braucht ständige Betreuung (24 Stunden)	-	-	-	-	-	-
Gesamt	44^a	100	44^a	100	45^b	100

^a Von 2 Patienten fehlen die Angaben

^b Von 1 Patienten fehlen die Angaben

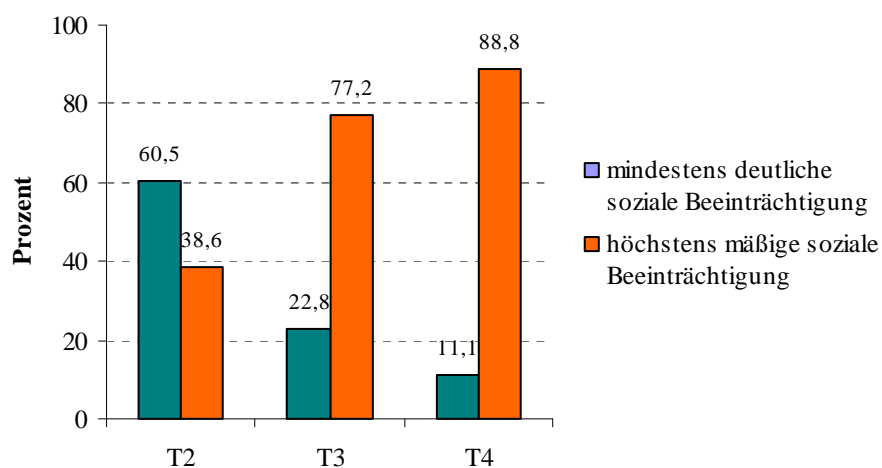


Abb. 5-31: Achse VI des MAS, Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung zu Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4; Einteilung nach dem Grad der Beeinträchtigung. N=46

Die nachfolgenden Tabellen stellen die statistischen Auswertungen mittels des Wilcoxon-Tests dar.

Tab. 5-53: Achse VI des MAS - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Mittelwerte und Standardabweichungen der Summenwerte, N= 45

T2		T3		T4	
Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
3,48	1,438	2,68	0,983	2,29	0,968

Tabelle 5-54 zeigt, dass die Verbesserungen zwischen den Erhebungszeitpunkten alle einen p-Wert < 0,05 (Wilcoxon-Test, $\alpha=0,05$) aufwiesen. Die Effektstärken waren im ersten halben Jahr (T2-T3) mit 0,65 mäßig sowie im Jahresverlauf (T2-T4) mit 0,97 hoch. Mit 0,4 war zwischen T3 und T4 nur ein geringer Effekt zu verzeichnen.

Tab. 5-54: Achse VI des MAS - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Summenwerte, N=45

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	T2 – T3	T3 – T4	T2 – T4
p-Werte	< 0,001*	< 0,001*	0,001*
Effektstärken ^a	0,6495	0,3998	0,9708

* statistisch bedeutsamer Unterschied ($\alpha= 0,05$)

^a Effektstärkemaß d für abhängige Stichproben

5.4.4 Zufriedenheit mit der Behandlung

Eltern, Patienten und Therapeuten schätzten zwölf Monate nach Beginn der Behandlung (T4) den Erfolg und die Qualität der Behandlung mittels des „Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB) nach Mattejat F. & Remschmidt H. (1998a) ein. Die Ergebnisse sind als Mittelwerte mit Standardabweichung nachfolgend in Abbildung 5-32 dargestellt.

Die Beurteilung der Ergebnisse gemäß den Skalenwerten schlüsselt sich wie folgt auf:

0 bis 0,4: schlecht; 0,5 bis 1,4: unzureichend; 1,5 bis 2,4: mäßig; 2,5 bis 3,4: gut; 3,5 bis 4,0: sehr gut.

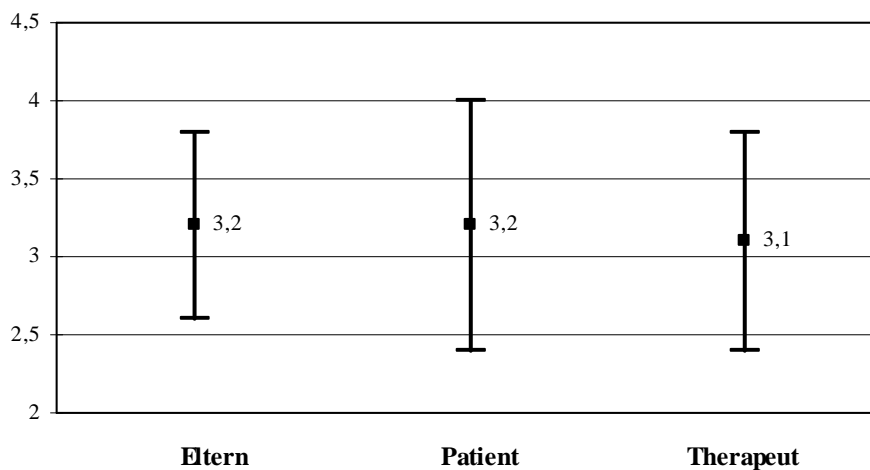


Abb. 5-32: FBB - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt T4 aus Eltern -, Patienten- und Therapeutensicht, N = 42

Insgesamt wurde die Behandlung von den Eltern, den Patienten und den Therapeuten überwiegend gut bis sehr gut eingeschätzt. Die Eltern gaben einen Mittelwert von 3,2 (SD 0,64), ebenso die Patienten selbst (Mittelwert 3,2; SD 0,81) (gut bis sehr gut). Die Therapeuten sahen die Behandlung im Gesamten ebenfalls als überwiegend gut an (Mittelwert 3,1; SD 0,71).

Die einzelnen Items des FBB, je nach Einschätzung der Eltern, des Patienten und des Therapeuten, sind in nachfolgender Abbildung 5-33 als Mittelwerte mit Standardabweichung dargestellt.

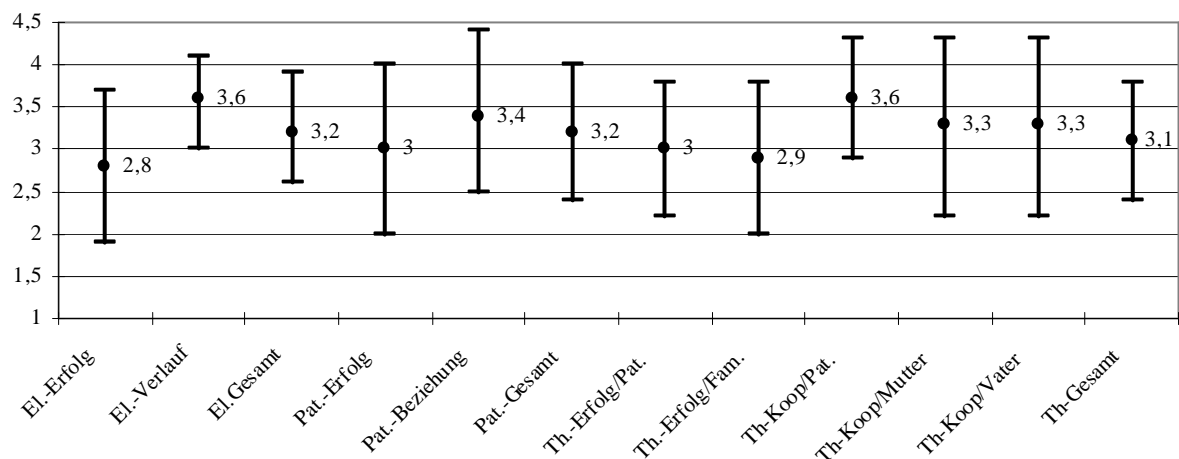


Abb. 5-33: FBB - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt T4 aus Eltern- („El.“), Patienten- („Pat.“) und Therapeutensicht („Th.“), differenziert nach den Bereichen Therapieerfolg („Erfolg“), Verlauf, Gesamtergebnis, Beziehung und Kooperation („Koop“). N = 42 (von 4 Patienten fehlten die Angaben)

Die Eltern schätzten den Verlauf der Therapie als insgesamt sehr gut ein (Mittelwert 3,6; SD 0,57). Hierzu zählten die Aussagen zum Verständnis, das die Eltern von Seiten des Therapeuten erlebten, zum Vertrauen zum Therapeuten mit der Möglichkeit, Probleme offen ansprechen zu können, sowie zur Zufriedenheit mit der Behandlung. Diese Punkte wurden auch von den Patienten auf der Achse „Beziehung“ überwiegend positiv eingeschätzt (Mittelwert 3,4; SD 0,95). Die Therapeuten sahen die Kooperation mit den Eltern gut an (Mutter: Mittelwert 3,3; SD 1,0 und Vater: Mittelwert 3,3; SD 1,0). Die Kooperation mit dem Patienten wurde deutlich besser eingeschätzt (Mittelwert 3,6; SD 0,72).

Der Erfolg der Behandlung wurde von den Eltern mit einem Mittelwert von 2,8 (SD 0,9) überwiegend als gut eingeschätzt, ebenso von den Patienten selbst (Mittelwert 3,0; SD 1,0). Die Therapeuten schätzten den Erfolg beim Patienten mit 3,0 (SD 0,8) geringfügig besser ein als in der Familie mit 2,9 (SD 0,9).

6 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit in einer Ambulanz der Regelversorgung sowie bezüglich der gewonnenen Daten zur kinder- und jugendpsychiatrischen ambulanten Versorgung diskutiert. Zum Abschluss werden in einem kritischen Ausblick die aus der Sicht der Verfasserin Hauptkritikpunkte aufgelistet und Schlussfolgerungen für zukünftige Untersuchungen gezogen.

6.1 Durchführbarkeit in einer Ambulanz der Regelversorgung

Die Implementierung einer umfassenden Evaluationsstudie in den herkömmlichen Alltag einer Institutsambulanz stellte eine große Herausforderung dar. Nach einer Einarbeitung der Mitarbeiter, kombiniert mit einer hausinternen Fortbildung, in der das Projekt für alle Mitarbeiter erläutert wurde, gelang es gut, die Arbeitsabläufe so zu optimieren, dass sie ohne wesentliche Reibungsverluste in den Klinikalltag integriert werden konnten. Eine Aufklärung der Patienten und deren Eltern sowie die Einholung der Einverständniserklärung erfolgte bereits bei Anmeldung im Sekretariat. Weitere Fragen konnten bei dem zuständigen ärztlichen oder psychologischen Therapeuten geklärt werden. Der Aufwand für die Information von Patienten und Angehörigen war daher überschaubar.

Die Fragebögen, die von Patienten und Eltern ausgefüllt werden sollten, wurden zum Zeitpunkt T1 bei telefonischer Anmeldung durch das Sekretariat zugesandt. Der postalische Rücklauf war nicht vollständig, bzw. einige Patienten füllten die Bögen erst kurz vor dem Erstgespräch aus (N=30), so dass die Mindestdauer von 4 Wochen zwischen T1 (Anmeldung) und T2 (Erstgespräch) unterschritten war. Bei den weiteren Messungen wurden die Bögen direkt durch den zuständigen Therapeuten weitergegeben und eingesammelt. Die Eltern wurden angehalten, die Bögen in der Klinik zu bearbeiten, so dass hier, bis auf wenige Ausnahmen, ein guter Rücklauf gelang. Trotz Listenführung und rechtzeitige Erinnerung der fallführenden Therapeuten war es im ambulanten Setting schwierig, die Patienten zu den festgesetzten Terminen 6 und 12 Monate nach dem Erstgespräch einzuladen. Der Drop-out war trotz aller Bemühungen beachtlich: einige Patienten waren nicht mehr erreichbar, andere kamen ohne Absage nicht zum Termin oder sagten ab, teils, weil sie sich gesund fühlten und keinen Behandlungsbedarf mehr sahen. Von den 128 Patienten der Diagnosenstichprobe konnten 46 über den Jahresverlauf beobachtet werden. Die Ausschöpfungsquote lag zwischen 59 % und 100 %, im Mittel bei 75 %. Stichprobenverzerrungen konnten für die Merkmale

„Geschlecht“, „Alter“, „Hauptdiagnose“ und „Soziale Schicht der Herkunftsfamilie“ nicht bestätigt werden. Zwischen Erstgespräch- (N = 174) und Studienstichprobe (N=46) wurden Unterschiede im Maß der psychosozialen Belastung gefunden: Die Studienstichprobe zeigte etwas mehr Belastungen. Während des Beobachtungszeitraumes von etwa eineinhalb Jahren fanden sich in der Reduktionsanalyse keine weiteren Hinweise auf systematische Verzerrungen aufgrund des Drop out.

Den Therapeuten oblagen die Bearbeitung von Fragebogenerhebungen sowie das Ausfüllen der Basisdokumentation der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Um eine möglichst gute Qualität der Erhebung zu erhalten, sollte die Bearbeitung der Bögen innerhalb einer Woche nach Untersuchung des Patienten erfolgen. Der zeitliche Mehraufwand war durch die Einweisung in das Instrumentarium sowie durch die Bearbeitung und Auswertung der Fragebögen selbst gegeben. Eine Entlastung konnte durch zusätzliche Hilfskräfte im psychologischen Bereich und in der Verwaltung gegeben werden, so dass die Bearbeitung der Bögen zeitnah in die Routineabläufe integriert werden konnte, was der Datenqualität zu Gute kam. Zudem erhielten die Therapeuten durch die Erhebungsbögen zusätzlich diagnostische Informationen, die direkt mit in die Behandlung eingebunden werden konnten.

Die Planung und Implementierung des Projektes sowie die Datenerhebung vor Ort benötigte ein Team von zwei Mitarbeitern, die sich regelmäßig austauschten, um den Stand der Erhebungen und etwaige Probleme zu besprechen. Zusätzlicher Arbeitsaufwand war durch die Sortierung der Daten und die Überprüfung auf Vollständigkeit gegeben. Wenn möglich, wurden diese Mehrarbeiten in die schon vorhandenen Besprechungszeiten integriert, so dass auch hier eine überschaubare Belastung erreicht werden konnte.

Schließlich wurde die Aufarbeitung der Datenauswertungen durch Mitarbeiter der Klinik geleistet. Hierzu war eine Einarbeitung in die Gesamthematik der Evaluation der klinischen Arbeit inklusiver statistischer Grundlagen erforderlich.

Die Evaluation wurde als Projekt für die Tagesklinik und die Institutsambulanz geplant, so dass synergistische Effekte genutzt werden konnten. Wir ermittelten folgende Zusatzkosten für die Tagesklinik (65 Fälle) und die Institutsambulanz (128 Fälle):

- 6000 € für Dateneingabe und Auswertung
- ca. 1200 € Sachkosten (Kopien, Porto etc.)

- ca. 2800 € für studentische u. a. Hilfskräfte

Pro Fall war dadurch mit 48,00 € bis 50,00 € an direkten Zusatzkosten zu rechnen.

Daraus ist als *Schlussfolgerung* zu sehen:

Insgesamt konnte die Qualitätssicherung befriedigend in den Gesamtablauf eingebunden werden. Aufgrund der überschaubaren Größe der Einrichtung waren die erforderlichen Handlungsabläufe unproblematisch zu kommunizieren und - unterstützt durch eine vernetzte EDV - zuverlässig zu kontrollieren. Die Motivation der Mitarbeiter, die notwendige Mehrarbeit zu leisten, wurde durch eine frühzeitige Einbindung in die Thematik mit entsprechender Fortbildung erreicht und durch regelmäßige Rückmeldungen über den Stand der Datenerhebung gehalten.

Die Planung und Implementierung der Studie zur Ergebnisqualität erforderte von allen Beteiligten, den Patienten und deren Angehörigen, den Ärzten und Psychologen, den Mitarbeitern aus der Verwaltung, den Pädagogen und den Mitarbeitern der Studienzentrale eine spürbare Mehrbelastung. Eine kontinuierliche Ergebnisüberprüfung im Sinne einer „Routine-Outcome-Messung“ sollte weniger personelle Ressourcen binden. Da in der vorliegenden Studie in einigen Fällen mehrfache Erhebungen ähnlicher Daten erfolgte (z. B. psychopathologischer Befund und MSR), sehen wir Möglichkeiten das Verfahren zu vereinfachen. In der ambulanten Arbeit war der zeitliche Mehraufwand, der durch den systematischen Einsatz der Erhebungsinstrumente notwendig war, besonders schwer in den regulären Ablauf einzuplanen. Die Arbeit dort war weniger klar planbar und durch starke Schwankungen der zeitlichen Belastung der Therapeuten (z. B. Häufungen von Kriseninterventionen einerseits, Terminausfälle andererseits) gekennzeichnet. Eine Routine-Outcome-Messung ist daher schlecht zu installieren. Evaluationen der therapeutischen Arbeit bedürfen in der Ambulanz der Regelversorgung genauer Planung und Umsetzung, um valide Ergebnisse erzielen zu können. Um das Drop-out-Risiko zu minimieren, setzten Mattejat et al. (2006b) im Rahmen des kjp-Qualitätsprojekts Telefoninterviews ein, mit dem zusätzlichen Vorteil eines unabhängigen Untersuchers. Der Vorteil der hier vorliegenden Studie liegt im Vorhandensein der Wartekontrollbedingung (Eigenkontrollgruppe), wodurch Behandelte versus Nicht-Behandelte Patienten verglichen werden konnten.

Durchführbarkeit in der Studienzentrale in Marburg

Die Abstimmung zwischen der Studienzentrale und dem Johanniter-Zentrum gelang unkompliziert und reibungslos. Das Organisationssystem ermöglichte der Studienzentrale einen schnellen Zugriff auf Daten einzelner Patienten ohne die Erfordernisse des Datenschutzes außer Acht zu lassen. Durch die Verschlüsselung wurden die Namen der Patienten getrennt von den Daten abgespeichert.

Durch regelmäßige Arbeitstreffen konnten sowohl organisatorische als auch inhaltliche und wissenschaftliche Fragen effizient in der Studiengruppe erörtert werden. Hier kam zugute, dass die Studienzentrale schon Erfahrungen im Bereich der klinischen Evaluation durch mehrere Projekte aufzeigen konnte, so dass es keine wesentlichen Schwierigkeiten in der Durchführung des Projektes gab. Die Auswertung der Daten konnte - auf Grund der Vorerfahrung der Studienzentrale - zügig erfolgen, so dass frühzeitig zumindest ein Teil der Daten vorveröffentlicht werden konnten. Das steigerte die Zufriedenheit der Mitarbeiter des Zentrums, die durch das Projekt, das zum Teil mit ungeliebter Mehrarbeit durch die umfassende Dokumentation verbunden war, belastet waren.

Die Zusammenarbeit zwischen Studienzentrale und Johanniter-Zentrum kann als hervorragend bezeichnet werden. Fragen und Absprachen konnten rasch und zuverlässig per Telefon oder Mail geklärt werden.

6.2 Ergebnisse zu den Veränderungen im Verlauf der Behandlung

In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine kontrollierte Studie an zugewiesenen, nicht rekrutierten Patienten, die eine normale Behandlung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung erhielten. Das Design war so konzipiert, dass eine Wartebedingung (Eigenkontrollgruppe) mit der Behandlungsbedingung verglichen werden konnte. Die folgende Diskussion bezieht sich auf diese Stichprobe. Die Studienstichprobe ($N = 46$) wurde bezüglich der Entwicklungen und Veränderungen in der Wartezeit von ca. 4 Monaten ohne Behandlung sowie im Verlauf eines Jahres mit Behandlung über insgesamt 4 Messzeitpunkte ausgewertet.

Die Veränderungen der Symptomatik, der Lebensqualität sowie des globalen psychosozialen Funktionsniveaus wurden durch Vorher-Nachher-Messungen beschrieben: Messungen, die zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wurden (Mehrfachmessungen), so dass die Unterschiede zu den verschiedenen Zeitpunkten ermittelt werden konnten. Durch diese Messwiederholungen konnten Daten zur Psychopathologie aus Sicht der Therapeuten (MSR und psychopathologischer Befund der Basisdokumentation) und aus Sicht der Eltern (CBCL-Skalen) gewonnen werden; auch die Lebensqualität der Eltern und Kinder konnte so im Jahresverlauf aus mehreren Perspektiven beobachtet werden. Die CBCL-Elternangaben, die ILK-Eltern- und die ILK-Kinder-Jugendlichenangaben wurden zudem als Kriterienmaße zur Hypothesenprüfung genutzt, da diese zum Messzeitpunkt T1 (also bei telefonischer Anmeldung in der Ambulanz) vorlagen. Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde zum letzten Messzeitpunkt T4 nach einjähriger Behandlungszeit erhoben aus mehreren Perspektiven.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden im Anschluss kurz zusammengefasst und erläutert. Es wird versucht – soweit dies möglich ist – die Ergebnisse mit den Resultaten ähnlicher Studien zu vergleichen. Dies ist insofern erschwert, da es insbesondere im deutschsprachigen Raum kaum Studien an ambulanten Patienten mit Regelversorgung gibt. Studien mit einem Kontrollgruppendesign sind im deutschsprachigen Raum bisher nicht veröffentlicht und auch international kaum zu finden (Übersicht in Kapitel 1.2 und tabellarisch im Anhang unter 9.2). Bei den vorliegenden Studien waren die Patientenpopulationen recht divergent. Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Interventionen, die allesamt unterschiedlich waren, wurden die verschiedensten Erhebungsinstrumente eingesetzt, was die Vergleichbarkeit erschwert. Messzeitpunkte und Follow-up-Zeiträume waren divergent.

Hilfreich dabei wären Angaben zur Effektstärke, da diese am ehesten eine Vergleichbarkeit erlauben. Diese waren jedoch nur vereinzelt zu finden. Oft fehlten diesbezüglich Angaben, auf welcher rechnerischen Grundlage diese ermittelt wurden, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Kontrollierte Studien im ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich an zugewiesenen, natürlichen Patienten mit Regelversorgung sind eine Seltenheit. Dennoch wird versucht, die hier ermittelten Ergebnisse unter den vorhandenen Gegebenheiten zu beleuchten.

Diskussion der Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung

Die vorliegende kontrollierte Studie hatte als Hauptziel, an einer Institutsambulanz der Regelversorgung die Wirksamkeit der Interventionen zu überprüfen. Im Kontrollgruppendesign konnte eine Analysestichprobe von 46 Teilnehmern gewonnen werden. Bei einem $\alpha = 0,05$ und erwarteter mittlerer Effektstärke um 0,4 bis 0,6 erscheint die Stichprobengröße gut genug für eine ausreichende Teststärke (Power) (siehe Kazdin, 2003 S. 442 ff. und Bortz & Döring, 2006 S. 627 ff.). Etwas geringer ist die Teststärke für die $N = 38$ Patienten der ILK-Kinder-/Jugendlichenstichprobe.

Die *Hypothese 1* „Im Beobachtungszeitraum zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung in der Psychopathologie und in der Lebensqualität der Patienten“ konnte somit bei den Kriterienmaßen „Lebensqualität aus Sicht der Eltern“ und „Psychopathologie aus Sicht der Eltern“ eindeutig bestätigt werden (Tab. 5-19). Dabei zeigte sich weiterhin, dass die bedeutsamen Verbesserungen sich nicht in der Wartezeit, sondern im Therapieverlauf einstellten. Beim Kriterienmaß „Lebensqualität“ (Elternangaben) zeigten sich diese Verbesserungen schon im kurzfristigen Verlauf deutlich, beim Kriterienmaß „Psychopathologie“ erst im längerfristigen Verlauf. Die Höhe der Prä-Post-Effektstärke lag im Therapieverlauf in einem niedrigen bis mittleren Bereich (0,22 bis 0,48).

Die *Hypothese 2* „Die Behandlung ist wirksam“ kann nur als partiell bestätigt gelten. Wenn man die Verbesserung der Lebensqualität als Kriterium heranzieht, kann die Hypothese als bestätigt gelten: Die Therapiegruppe schnitt im Vergleich zur Wartegruppe deutlich besser ab. Bei den Elternangaben zur Lebensqualität lagen die Effektstärken immerhin in einem mittleren Bereich, nämlich bei dem Vergleich T2-T1 vs. T3-T2 bei 0,52, beim Vergleich T2-T1 vs. T4-T2 bei 0,65 (siehe Tab. 5-24); bei den Jugendlichenangaben waren die Effekte geringer. Im

Hinblick auf die Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik dagegen konnte die Wirksamkeit der Behandlung im Kontrollgruppenvergleich nicht nachgewiesen werden.

Vergleich mit anderen Studien

In einer umfassenden Literaturrecherche fanden sich zwei Arbeitsgruppen, die Wirksamkeitsstudien mit ambulanten Patienten einer Inanspruchnahmepopulation mit unbehandelter Kontrollgruppe durchführten.

Dalton et al. (2000, 2003) verglichen 3 unterschiedliche Therapiegruppen von Kindern (5 bis 12 Jahre) sowie von Jugendlichen (13 bis 18 Jahre) mit einer Kontrollgruppe aus dem Drop out und der Warteliste (matched group, N=33 bei den Kindern, N=29 bei den Jugendlichen). Als Maß für den Therapieerfolg wurde eine Verbesserung der Symptomstärke, gemessen mit der CBCL und bei den Jugendlichen mit dem YSR, gewählt. Die Messungen erfolgten bei Aufnahme der Behandlung und bei Abschluss nach etwa 10 bis 12 Wochen. In der Kontrollgruppe wurde im Gegensatz zu unserem Ergebnis keine bedeutsame Veränderung in der CBCL gefunden. Im Verlauf der Interventionen besserte sich die Psychopathologie bedeutsam in den Behandlungsgruppen. Die Effektstärken im Vergleich zur Kontrollgruppe betrugen bei den Jugendlichen im CBCL-Gesamt-T-Wert 0,371, beim T-Wert Externalisierung 0,4000 und beim T-Wert Internalisierung 0,3000. Die drei wesentlichen Unterschiede zur vorliegenden Erhebung lagen

1. in der deutlich kürzeren Beobachtungszeit (1 Jahr nach Behandlungsbeginn in der aktuellen Studie und etwa 3 Monate in der Studie von Dalton et al., 2000 und 2003).
2. Die Effektstärken wurden bezüglich der Jugendlichen-Klientel berechnet (Altersspanne 13 bis 18 Jahre, Studie von 2003), nicht bei den Kindern (Altersspanne 5 bis 12 Jahre, Studie von 2000).
3. Die Behandlung bestand nicht aus einer „Routine-Behandlung“, sondern aus drei unterschiedlichen Vorgehensweisen, denen die Kinder und Jugendlichen gemäß ihrer Symptomatik zugeteilt wurden (1. „Anger Management“ für externale Störungen, 2. „Open end group“ für internale Störungen, 3. „individual therapy“ ohne nähere Angaben).

Weiss et al. (1999, 2000) wiesen 160 Teilnehmer randomisiert einer Gruppe mit „traditioneller Kinderpsychotherapie“ (N=76) oder einer Kontrollgruppe (N=84) zu, die ein akademisches Tutoring durch College-Studenten und graduierte Studenten sowie einem Lehrer

erhielten. Die Veröffentlichung von 1999 wies einen Beobachtungszeitraum von 18 Monaten auf mit 4 Messzeitpunkten. Die Symptomverbesserung wurde unter anderem mit Hilfe der CBCL ermittelt. Mit einer Effektstärke im Kontrollgruppendesign von 0,08 konnte kein wesentlicher Effekt nachgewiesen werden. Im Verlauf zeigten sich zwar statistisch bedeutsame Verbesserungen, die sich aber nach dem Vergleich zur randomisierten Kontrollgruppe nicht bestätigten. Jedoch wiesen die Eltern der Therapiegruppe eine größere Zufriedenheit auf. Die Lebensqualität wurde nicht erhoben. In der weiteren Beobachtungszeit (Weiss et al., 2000) von bis zu 2 Jahren nach Behandlungsbeginn bei 53 Teilnehmern ließ sich ebenfalls im Vergleich zur Kontrollgruppe keine wesentliche Verbesserung der Psychopathologie feststellen. Die Behandlungsgruppe wies lediglich tendenziell weniger Fehltag in der Schule auf wie die Kontrollgruppe.

Bezüglich der Psychopathologie aus Elternsicht zeigte diese Untersuchung also ähnliche Ergebnisse wie in der Institutsambulanz. Dennoch ist das Design sehr unterschiedlich. Das Kollektiv bei Weiss et al. (2000) bestand aus Schülern einer Public School, die durch Screening-Verfahren auf pathologische Symptome untersucht und dann den Behandlungsarmen zugeteilt wurden. Die therapeutischen Interventionen waren in der Veröffentlichung gut erläutert, differierten aber deutlich zu denen der vorliegenden Arbeit. Insbesondere fanden dort nur sehr wenige Elterngespräche statt, die Familienarbeit nahm also einen deutlich geringeren Stellenwert ein als in der Institutsambulanz. Außerdem war nicht klar abzuschätzen, inwieweit die Kontrollgruppe durch das Tutoring nicht auch eine „Behandlung“ erfahren hat – es könnte sich dabei ja auch um eine lediglich andere Form der Intervention und nicht um eine „Nicht-Behandlung“ handeln. Die Eltern erhielten bei jedem Messzeitpunkt eine Aufwandsentschädigung von 50 \$, was die Motivation zur Mitarbeit erhöht haben dürfte.

Die vorliegende Untersuchung konnte die Wirksamkeit der Behandlung in der Institutsambulanz partiell bestätigen und eine mittlere Effektstärke bezüglich der Verbesserung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen aus Elternsicht im Kontrollgruppendesign über den Therapieverlauf eines Jahres nachweisen. Zusammenfassend sind diese Ergebnisse sehr positiv und ermutigend im Vergleich zu den oben genannten Ergebnissen der Arbeitsgruppen um Weiss und Dalton, die keine oder nur geringe Effekte der ambulanten Behandlung nachweisen konnten.

Diskussion der deskriptiven Ergebnisse der Veränderungsmessungen

Psychopathologie

Die Psychopathologie wurde von den *Therapeuten* mit dem MSR und dem psychopathologischen Befund der BADO zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4 erfasst. Beide Messinstrumente lieferten bezüglich der Symptomsummen hochbedeutsame Ergebnisse mit hohen Prä-Post-Effektstärken im Jahresverlauf der Behandlung (T2 bis T4) von 1,4 beim MSR bzw. 1,2 beim psychopathologischen Befund. Bedeutsame Verschlechterungen waren nicht zu beobachten. In der Betrachtung der einzelnen Symptomausprägungen des MSR konnten bei den besonders stark ausgeprägten (Dichotomisierung C) aggressiven und hyperkinetischen Symptomen sowie bei der mangelnden Leistungshaltung bedeutsame Verbesserungen nachgewiesen werden mit mittleren bis hohen Prä-Post-Effektstärken zwischen T2 und T4 (0,7 bis 1,9). Bei den mittelstarken Auffälligkeiten (Dichotomisierung B) fanden sich bedeutsame Verbesserungen bei den Symptombereichen Aggressivität, Angst, Verstimmung, mangelnde Leistungshaltung, Entwicklungsauffälligkeiten und hyperaktive Symptome im Jahresverlauf. Zwischen T3 und T4 (zwischen 6 und 12 Monaten therapeutischer Interventionen) bei Dissozialität und Kontaktstörungen. Bei den leichteren Ausprägungen (Dichotomisierung A) waren insgesamt mehr Symptombereiche bedeutsam verbessert zwischen T2 und T4, jedoch nur die Bereiche „Verstimmung“ und „Körperliche Symptome / gastrointestinaler / allergischer Typ) im ersten halben Jahr der Interventionen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Symptomausprägungen aus Sicht der Therapeuten sowohl in der Erhebung mittels des Marburger Symptomratings als auch mittels des psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation in der Summe bedeutsam und über den Verlauf des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr mit hoher Effektstärke gesenkt werden konnten. Die stärksten Veränderungen fanden wir in der Zeit vom Erstgespräch bis zu 6 Monaten danach. Verschlechterungen waren nur bei 2,3 % (1) Kind oder Jugendlichen zu sehen, ein gleich bleibender Befund bei 9,1 % (4).

Die *Eltern* schätzten die Psychopathologie mit Hilfe der CBCL-Skalen zu allen Messzeitpunkten ein, also auch bei telefonischer Anmeldung (T1). Daher wurde der Gesamt-T-Wert als ein wichtiges Kriterium zur Hypothesenprüfung ausgewählt. In der deskriptiven Beschreibung der Veränderungen zeigten sich über den Verlauf der Interventionen von 1 Jahr (T2 bis T4) bedeutsame Verbesserungen im Gesamt-T-Wert sowie im T-Wert der

internalisierenden und externalisierenden Subskalen. Die Effektstärken lagen dabei im mittleren Bereich mit 0,4 bis 0,5. In den Symptombereichen fanden sich mittlere ES mit p-Werten $< 0,05$ bei ängstlich-depressivem und aggressivem Verhalten sowie bei Aufmerksamkeitsproblemen. Ein p-Wert $< 0,05$ war auch in den Bereichen sozialer Rückzug und soziale Probleme zu erzielen.

Im ersten Halbjahr der Interventionen ließen sich bedeutsame Verbesserungen für körperliche Beschwerden, soziale und Aufmerksamkeitsprobleme sowie schizoid-zwanghaftes Verhalten und die Gesamtskala feststellen, im zweiten Halbjahr der Interventionen für ängstlich-depressives, aggressives und dissoziales Verhalten sowie für die Subskalen Externalisierung und Internalisierung.

Bemerkenswert waren bedeutsame Verbesserungen in der Wartezeit zwischen T1 und T2 bei den Symptombereichen ängstlich-depressives Verhalten, körperliche Beschwerden und bei der Subskala Externalisierung. Hartmann et al. (1999) stellt die Stabilität der Faktorenstruktur der Subskalen des CBCL in Frage, was mit ein Grund für die unterschiedliche Entwicklungen im Jahresverlauf sein kann. Für die Überprüfung der Hypothesen wurden daher die T-Werte des Gesamtwertes verwendet.

Vergleich mit anderen Studien

Die Psychopathologie im Verlauf der Behandlung lässt sich am besten mit der Studie von *Mattejat et al. (2006b)* vergleichen. Im Rahmen des kjp-Qualitätsprojektes untersuchte die Studiengruppe insgesamt 9 Praxen in Deutschland mit 3 Messzeitpunkten: bei Aufnahme, nach 3 und nach 12 Monaten. Im Rahmen eines Telefoninterviews von externen Untersuchern wurde das MSR und die CBCL-Skalen eingesetzt. Im MSR lagen die Effektstärken bei der Symptomanzahl bei 0,3 bei Dichotomisierung A und B und bei 0,2, bei Dichotomisierung C im Jahresverlauf. Bei den Symptomsummen betrug die Effektstärke 0,4 im Verlauf des Jahres. Die Effektstärken bei den einzelnen Symptomen unterschieden sich deutlich: während in der Institutsambulanz in der Dichotomisierung C vor allem bei Aggressivität, hyperkinetischen Symptomen und mangelnder Leistungshaltung Effektstärken von 0,7 bis 1,9 gefunden wurden, lagen die Effektstärken im kjp-Qualitätsprojekt höher beim suizidalen Verhalten (ES 1,1) und bei Zwangssymptomen (ES 0,7). Insgesamt waren die Effektstärken im MSR in der vorliegenden Studie etwas höher. Allerdings unterschieden sich die Kohorten in verschiedenen Kategorien: Während im Johanniter-Zentrum in der Studienstichprobe 65,2 % eine Diagnose aus dem Bereich der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen als Hauptdiagnose aufwiesen,

war dies im kjp-Qualitätsprojekt bei 35,7 % der Fall (bei 46,5 % unter Berücksichtigung aller Diagnosen). Eine durchschnittliche Intelligenz wiesen 88,4 % versus 77,1 % der Studienteilnehmer auf. Daten zum CBCL und zum psychopathologischen Befund der BADO lagen im Abschlussbericht des kjp-Qualitätsberichts nicht vor.

Dalton et al. (2003) verglichen 13- bis 18-jährige Jugendliche, die drei unterschiedliche Interventionen erhielten, mit einer Kontrollgruppe aus Wartelist- und Drop-out-Patienten. Als Kriterium für die Wirksamkeit setzten sie die Skalen des CBCL für die Elternsicht und des Youth Self Report (YSR) für die Patientensicht ein. Die Erhebungen fanden bei Beginn und bei Ende der Behandlung (nach 6 bis 8 Wochen, bzw. 10 bis 12 Wochen, Angaben sind ungenau) statt. Sie benennen Effektstärken von 0,371 im Gesamt-T-Wert des CBCL in den Behandlungsgruppen, ES von 0,4 bei den externalisierenden, ES von 0,3 bei den internalisierenden Störungen. Die Vergleichbarkeit der Kohorten ist schon aufgrund des Alters, aber auch aufgrund der unterschiedlichen therapeutischen Interventionen, nicht gegeben. Dennoch liegen die Effektstärken im mittleren Bereich.

Brann et al. (2001) setzten in ihrer Studie an 458 Patienten den HoNOSCA als Messinstrument bei Beginn der Behandlung, nach 3 und 6 Monaten sowie bei Abschluss der Behandlung ein. Dieser misst sowohl die Symptomstärke als auch im gewissen Maß die soziale Funktion im Bereich der Gleichaltrigen und der Familie. Sie fanden eine akzeptable Reliabilität des Messinstrumentes und insgesamt eine Verbesserung von 22 % bei einem Drop-out von 40 % bis 60 %.

Weiss et al. (1999, 2000) setzten im Rahmen einer Studie mit Kontrollgruppendesign (zufällig zugeteilt) mit 53 Teilnehmern zur Beurteilung der Psychopathologie unter anderem die CBCL-Skalen aus Elternsicht und aus Therapeutensicht die Skalen STAIC, VDI, CSBQ (Erläuterungen siehe Legende im Anhang) ein. Angaben zu Diagnosen finden sich nicht. Das mittlere Alter betrug 10,5 Jahre. Die Studienteilnehmer wurden aus öffentlichen Schulen anhand von „mental health screening“-Daten rekrutiert. Aus diesen Daten wurden Stichproben zusammengestellt, die nach ihrer Psychopathologie ambulanten Patienten vergleichbar sein sollten. Die Teilnehmer der Behandlungsgruppe erhielten eine „traditionelle Kinderpsychotherapie“, die der Kontrollgruppe ein akademisches Tutoring durch College-Studenten und graduierte Studenten sowie einem Lehrer. Die Eltern der Studienteilnehmer erhielten eine Entschädigung von 50 \$ pro Erhebung. Die Beobachtungsdauer betrug bis zu 2

Jahren. Weiss et al. fanden in diesem, mit der vorliegenden Untersuchung nicht zu vergleichenden, Setting eine Gesamt-Effektstärke (Cohens d) von 0,08.

Dalton et al. (2000) untersuchten an 71 Patienten von 5 bis 12 Jahren bei Beginn und Ende der Therapie (bei alleiniger Psychotherapie nach 10 bis 12 Wochen) unter drei verschiedenen Behandlungsgruppen (Psychotherapie mit Pharmakotherapie, nur Pharmakotherapie, nur Psychotherapie) den Therapieerfolg anhand der CBCL-Skalen. Eine Kontrollgruppe aus dem Drop out der Warteliste ($N = 33$) als matched group wurde gebildet. In der Kontrollgruppe fanden sie keine bedeutsamen Veränderungen, wohl aber in den Behandlungsgruppen, sowohl was den Gesamt-T-Wert betraf als auch die externalisierende und internalisierende Skala. Ein Gesamt-T-Wert von ≥ 65 sagte eine positive Änderung voraus. Effektstärken waren in der Untersuchung nicht angegeben.

Noser und Bickmann (2000) untersuchten 240 Patienten, davon 119 als Kontrollgruppe aus benachbarten Kliniken, unter anderem mittels der CBCL-Skalen bei Beginn der Behandlung und nach 6 Monaten. Das Alter betrug 12 bis 18 Jahre. Diagnosen sind nicht vermerkt. Effektstärken sind nicht angegeben. Der CBCL-Gesamt-T-Wert betrug im Mittel bei Beginn der Behandlung 63,69, Standardabweichung 9,94, nach 6 Monaten bei T2: 56,96 mit einer Standardabweichung von 11,35. Damit wären etwas bessere Erfolge in dieser Arbeitsgruppe nachgewiesen.

Bickmann et al. (2000) und Lambert et al. (1998) untersuchten 199 Patienten, die eine Behandlung „Continuum of Care“ erhielten, im Vergleich zur „traditionellen“ Behandlung über den Verlauf von 5 Jahren und setzten u. a. CBCL-Skalen zur Verlaufsbeschreibung der Psychopathologie ein. Sie konnten keine bedeutsamen Verbesserungen der Behandlungsform gegenüber der traditionellen Therapie finden. Zu Beginn der Behandlung betrug der CBCL-Gesamt-T-Wert im Mittel 64,48 mit einer Standardabweichung von 10,08. Genauere Daten zum Verlauf sind nicht angegeben, ebenso keine Effektstärken

Remschmidt und Mattejat (2001) verglichen ambulante und stationäre Behandlungen. Am Ende der Behandlung wurde der Therapieerfolg als Symptomverbesserung aus Therapeutensicht festgehalten. Als Effektstärken fanden sie bei Normal-Beender vs. Abbrecher 1,01, bei Normal-Beender vs. Nicht-Beginner 1,27 und bei Nicht-Beginner vs. Abbrecher 0,34. Eine direkte Vergleichbarkeit zur Studie der Ambulanz ist aufgrund des unterschiedlichen Designs nicht gegeben.

In weiteren Studien mit mehreren Behandlungsmodalitäten wurden teils CBCL-Skalen eingesetzt (Henggeler et al. 2003, Robbins et al. 2001). Andere nutzten Therapeutenangaben des HoNOSCA (Bielenberg 2003; Gowers et al. 2002, Green et al. 2001). Effektstärken waren nicht angegeben, so dass ein Vergleich kaum möglich ist.

Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK) wurde in der Eltern- und Kinder-/Jugendlichen-Form zu allen Messzeitpunkten (T1, T2, T3 und T4) eingesetzt und bildete somit mit dem LQ28-Wert zwei weitere wichtige Kriterienmaße zur Hypothesenprüfung. Für die deskriptive Beschreibung lagen zudem noch die Werte der Subskalen sowie die Angaben der Therapeuten vor. Zudem wurden Aussagen zur Belastung der Eltern und Kinder durch die Erkrankung und die Behandlung erfasst.

Aus Sicht der Eltern waren – im Gegensatz zur Psychopathologie – in der Wartezeit keine bedeutsamen Verbesserungen zu finden. Im Gegenteil: in den Lebensbereichen Schule, Familie, der psychischen Gesundheit und im Gesamtwert waren rein deskriptiv ($p\text{-Wert} > 0,05$) eine Zunahme der Problembelastung zu finden.

Im Interventionszeitraum (T2 bis T4) nahm die Problembelastung im Bereich Schule und im Gesamten aus Elternsicht kontinuierlich ab. Hier waren statistisch bedeutsame Verbesserungen mit mittlerem Effekt ($ES = 0,7$) nachzuweisen. Im ersten halben Jahr der Behandlung Verbesserung, dann leichte Verschlechterung, wiesen die Bereiche „Andere Kinder“, „psychische Gesundheit/Nerven“ und „Alleine“ auf. Zunächst Verschlechterung, dann Verbesserung war bei der körperlichen Gesundheit zu sehen. Die Problembelastung im Bereich „Familie“ stieg leicht und kontinuierlich an.

Die Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes stieg rein deskriptiv in der Wartezeit an, um nach Beginn der Interventionen zu sinken. Zwischen T2 und T4 zeigte sich im Jahresverlauf eine bedeutsame Verringerung mit mittlerer Effektstärke ($ES = 0,7$). Durch die Behandlung zeigten sich die Eltern insgesamt wenig belastet. Bedeutsame Veränderungen zeigten sich lediglich im ersten Halbjahr der Intervention mit einer Abnahme des Belastungsgrades.

Aus Sicht der Kinder und Jugendlichen war die Problembelastung im Vergleich zur Schülerstichprobe besonders in den Lebensbereichen „Schule“, „Alleine“, „psychische Gesundheit/Nerven“ und im Gesamturteil hoch. In der Wartezeit waren rein deskriptiv die Bereiche „Schule“, „Andere Kinder“, „Psychische Gesundheit/Nerven“ und der Gesamtwert leicht verbessert. Eine Verschlechterung fand sich bei „Familie“, „Alleine“ und „körperliche Gesundheit“. Zu bemerken ist, dass in der Wartezeit von etwas weniger Kindern und Jugendlichen Daten erhoben werden konnten, nämlich von 38, so dass die Teststärke in dieser Untergruppe geringer ausgeprägt ist.

Durch die Interventionen besserten sich im Jahresverlauf (T2 bis T4) der Lebensbereich „Schule“ bedeutsam mit einer mittleren Effektstärke von 0,7, der Bereich „psychische Gesundheit/Nerven“ deskriptiv, mit einem p -Wert $> 0,05$, im zweiten halben Jahr (T3 bis T4) und der Bereich „Alleine“. Die Belastung durch die Erkrankung reduzierte sich im Jahresverlauf der Behandlung mit einem kleinen Effekt von 0,4. Die Belastung durch die Untersuchung und Behandlung wies im Verlauf keine wesentlichen Änderungen auf.

Die Therapeutensicht zur Lebensqualität wurde zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4 erhoben. Die Therapeuten sahen kontinuierliche Reduktionen der Problembelastungen in allen Lebensbereichen im Behandlungsverlauf eines Jahres. Ein bedeutsames Ergebnis mit guter Effektstärke von 0,9 fand sich im Bereich „Alleine“. Mittlere Effekte mit einem p -Wert $> 0,05$ zeigten die Veränderungen in den Bereichen „Familie“ und „Andere Kinder“.

Vergleich mit anderen Studien

Die Lebensqualität im Verlauf von ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen wurde bisher kaum publiziert. Am besten zu vergleichen sind die vorliegenden Ergebnisse mit dem Abschlussbericht des kjp-Qualitätsprojekts (Mattejat et al. 2006), in dem die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen aus Elternsicht ermittelt wurde.

In der vorliegenden Studie ließen sich bedeutsame Verbesserungen im Interventionszeitraum eines Jahres (T2 bis T4) in den Bereichen „Schule“ und „Gesamt“ feststellen mit jeweiligen mittleren Effektstärken von 0,7. Niedrige Effekte von 0,3 waren in den Bereichen „Gesundheit“ und „psychische Gesundheit/Nerven“ zu finden. Im kjp-Qualitätsprojekt waren die Veränderungen im Jahresverlauf in allen Lebensbereichen, bis auf den Bereich „Familie“, statistisch bedeutsam, bei jedoch insgesamt geringere Effektstärke: Im Gesamturteil lag die

Effektstärke bei 0,5, ansonsten zwischen 0,2 und 0,4. Allerdings war die Stichprobe um ein vielfaches größer im kjp-Qualitätsprojekt als in der aktuellen Untersuchung (N=728 vs. N=43), was insbesondere die Unterschiede der p-Werte mit erklären kann.

Die Effektstärken der Veränderungen zum Item „Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes“ waren in beiden Untersuchungen vergleichbar und im Jahresverlauf der Behandlung statistisch bedeutsam. In der Untersuchung der Institutsambulanz betrugen die Effektstärken im ersten halben Jahr (T2 bis T3) 0,6, in der zweiten Hälfte (T3 bis T4) 0,2 und über den gesamten Interventionszeitraum von 12 Monaten (T2 bis T4) 0,8. Im kjp-Qualitätsprojekt: in den ersten 3 Behandlungsmonaten (T1 bis T2) 0,6, in den letzten 9 Monaten (T2 bis T3) 0,3 und im Jahresverlauf (T1 bis T3) 0,8.

In den weiteren ambulanten Evaluationsstudien wurde die Lebensqualität nicht erfasst.

Globales psychosoziales Funktionsniveau

Das Funktionsniveau wurde aus Therapeutensicht zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4 mittels der Achse VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas der BADO erhoben. Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs wurden 60,5 % (27) der Patienten als mindestens deutlich im sozialen Bereich beeinträchtigt erlebt, nach 1 Jahr Behandlung (T4) nur noch 11,1 % (5) versus 88,8 % (40), die höchstens mäßig beeinträchtigt erschienen. Diese Verbesserungen waren statistisch hoch bedeutsam mit den stärksten Verbesserungen im ersten Halbjahr der Behandlung. Die Effektstärke war über den Jahresverlauf (T2 bis T4) mit 1,0 als hoch anzusehen.

Vergleich mit anderen Studien

Das Funktionsniveau wurde in einigen Studien zur Outcome-Messung eingesetzt, wobei die Erhebungsinstrumente sehr variierten und daher schlecht zu vergleichen waren.

Armbruster et al. (2004) untersuchten drei Stichproben mit unterschiedlichen Interventionsformen (Pre-Managed-Care und Post-Managed-Care) bezüglich des jeweiligen Therapieerfolges anhand der Symptomverbesserung mittels des C-GAS und anhand der Funktionalität mittels des GAF (Beschreibung siehe Legende im Anhang). Sie fanden in allen Gruppen zwischen Beginn der Behandlung (T1) und nach 3 bis 4 Monaten (T2) bedeutsame

Verbesserungen in der Funktionalität und der Symptomatik und keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen. Effektstärken wurden nicht angegeben.

Ferdinand et al. (2004) fanden in ihrem Follow-up nach durchschnittlich 3,2 Jahren ein schlechteres Outcome, gemessen an den Kriterien: stationäre / ambulante Behandlungsnotwendigkeit, Disziplinschwierigkeiten in der Schule, Polizei- oder Gerichtskontakte, Eltern wünschen professionelle Hilfe - dass sowohl das DSM-IV als auch die CBCL-Skalen ein schlechtes Outcome bedeutsam voraussagen konnten, am besten in der Kombination der Systeme. 95 % der Patienten hatten noch Behandlung, 15 von 96 Patienten waren (teil-)stationär in Behandlung gewesen, 13 % erhielten eine Medikation.

Weiss et al. (1999, 2000) ermittelten in ihrer kontrollierten ambulanten Therapiestudie neben der Symptomstärke das Funktionsniveau als „adaptive functioning data“ sowie des „system levels outcome“ – und fanden in diesem Bereich keine wesentlichen Verbesserungen zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe. Tendenziell zeigte sich eine Reduktion der Fehltage in der Schule. Die Rate der weiteren Inanspruchnahme von Hilfen des Mental Health Systems, von Medikation und Fremdplatzierung war in der Behandlungs- und Kontrollgruppe vergleichbar.

Noser & Bickman (2000) suchten in ihrer Studie an 240 ambulanten Patienten (davon 119 in einer Vergleichsgruppe) nach Faktoren, die das Ergebnis der Behandlung verbesserten. Als Kriterienmaße verwendeten sie unter anderem das Funktionsniveau, ermittelt mit dem GLOF und dem CAFAS (siehe Legende im Anhang). Ein verbessertes Funktionsniveau ließ sich bei einem besseren Klient-Therapeuten-Verhältnis voraussagen.

Bielenberg (2003) setzte bei 173 dänischen Patienten in verschiedenen Behandlungssettings den HoNOSCA ein, um diese zu evaluieren und die Einsetzbarkeit im klinischen Umfeld zu testen. Daneben wurde auch der GAPD im Vergleich eingesetzt. In der Beobachtungszeit von 3 Monaten zeigte sich eine strenge Korrelation des HoNOSCA mit dem klinischen Rating und dem GAPD. Die deutlichsten Verbesserungen fanden sich bei Psychosen, große Änderungen aber auch bei Essstörungen, emotionalen Störungen, „Stress Disorder“ und Bindungsstörungen. Effektstärken waren nicht angegeben.

Von Aster et al. (1998) untersuchten an 7254 ambulant, 126 tagesklinisch und 158 stationär behandelten Patienten den Verlauf bei Aufnahme und Entlassung anhand der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation. Im ambulanten Setting fanden sie mehr Anpassungsstörungen, weniger komorbide Störungen und weniger psychosoziale Belastungen

als in den beiden anderen Stichproben. Das Behandlungsergebnis wurde am Ende von dem Therapeuten auf einer Skala von 1 (verschlechtert) bis 5 (völlig gebessert/geheilt) angegeben. Im stationären und teilstationären Bereich waren die Ergebnisse besser als in der Ambulanz. Das globale Funktionsniveau wurde nur bei Aufnahme angegeben und betrug in der Ambulanz im Mittel 2,3 (gegenüber 3,9 in der Tagesklinik und 4,2 im vollstationären Bereich). In der aktuellen Stichprobe lag dieser Wert zum Zeitpunkt des Erstgesprächs bei 3,5 (siehe Tab. 5-53).

Zufriedenheit mit der Behandlung

Sowohl die Eltern als auch die Patienten und die Therapeuten schätzten mit „Gut“ bis „Sehr gut“ ein, was den Erfolg und den Verlauf betrifft. Die Eltern gaben besonders dem Verlauf eine sehr gute Einschätzung, die Patienten der Beziehung zum Therapeuten und die Therapeuten schätzten die Kooperation mit den Patienten als gut und sehr gut ein.

Vergleich mit anderen Studien

Mattejat et al. (2006) fragten im kjp-Qualitätsprojekt die Eltern nach der Zufriedenheit mit der Behandlung durch ein Telefoninterview durch einen unabhängigen Untersucher. Nach einem Jahr Behandlung waren 74 % der Eltern (sehr) zufrieden. Im Mittel wurde ein Wert von 2,05 erreicht (1= sehr zufrieden bis 5= sehr unzufrieden). In der Institutsambulanz gaben die Eltern einen vergleichbaren Wert von 3,2 im Mittel an (Skalierung 2,5 bis 3,4 entspricht „gut“, 3,5 bis 4,0 entspricht „sehr gut“).

Vossler (2003) evaluierte die Beratung an Erziehungsberatungsstellen in Bayern und setzten dazu als Kriterium auch die Zufriedenheit ein. Er sah eine Korrelation zwischen der Qualität der Beratungsbeziehung und dem Behandlungserfolg. Die Zufriedenheit war hoch, wenn die Beratung als veränderungsrelevant angesehen wurde.

Noser und Bickman (2000) setzten eine „Satisfaction Scale“ zur Messung der Zufriedenheit ein bei Eltern und Therapeuten. Die „Client-Therapist-Relationship“ verbesserte das Outcome bedeutsam aus Sicht der Therapeuten, Eltern und des unabhängigen Untersuchers, nicht aus Sicht des Patienten. Die „Service Utilization“ zeigte sich nicht bedeutsam für einen Therapieerfolg.

Rey et al (1999) untersuchten 1278 ambulante Patienten in Australien und verglichen sie mit stationären und teilstationären Patienten. Die Eltern sandten per Post Bögen zur Ermittlung der Zufriedenheit (PSQ, siehe Legende im Anhang) zurück (Rücklauf etwa 40 %). Davon waren 76 % (sehr) zufrieden. Ein Zusammenhang von Therapieerfolg und Zufriedenheit war gering. Ein Unterschied in der Zufriedenheit zwischen Drop-out und Normalbeender war nicht zu finden. Die Zahl der Sitzungen korrelierte mit der Zufriedenheit. Eine direkte Vergleichbarkeit mit den Daten der Ambulanz ist schwer möglich aufgrund des unterschiedlichen Designs der Studie.

Lambert et al. (1998) stellten an 199 Eltern und Patienten nach 6 Monaten ambulanter therapeutischer Interventionen drei Fragen nach der Güte der Behandlung, der Besserung der Symptomatik und ob sich die Behandlung lohnte. Die Zufriedenheit war unabhängig von der Veränderung des psychopathologischen Zustandes. Die Einschätzung der Verbesserung der Eltern korrelierte mehr mit der Zufriedenheit als mit der Symptomverbesserung. Bei den Patienten korrelierte die Symptomverbesserung im Gegensatz dazu mit der Zufriedenheit. Behandlungszufriedenheit und Symptomverbesserung sollten als Ergebnis der Untersuchung getrennt gemessen werden aus unterschiedlichen Perspektiven.

6.3 Kritischer Ausblick

Zum Abschluss sollen die Hauptkritikpunkte aus Sicht der Verfasserin aufgelistet und Schlussfolgerungen für weitere Untersuchungen gezogen werden. Hierbei wird insbesondere auf die Methodik der Untersuchung und die Bewertung des ambulanten Behandlungskonzeptes eingegangen.

Methodik der Untersuchung

Ein wesentliches Problem lag – wie regelmäßig bei Verlaufsstudien im ambulanten Setting – in der Drop out - Rate, die immer die Gefahr einer Stichprobenverzerrung mit sich bringt. Außerdem ist es so schwierig, eine gute „Power“ zu erhalten. Durch ein Telefoninterview, wie es Mattejat et al. (2006) im ambulanten Setting angewendet haben, ließe sich die Mitarbeit der Eltern evtl. verbessern. Auch wäre eine Aufwandsentschädigung der Eltern, wie bei Weiss et al. (1999, 2000), motivationssteigernd.

Um die Teststärke zu erhöhen, also das Ausmaß, in dem die Untersuchung einen Unterschied findet wenn er existiert, wäre nach Kazdin (2003, S. 446) als erstes die Stichprobengröße zu erhöhen. Insbesondere bei der Bildung von Untergruppen (z. B. bei den Subskalen des MSR und der CBCL) war die Stichprobengröße kritisch zu sehen. Weiterhin ist zu überlegen, ob die Psychopathologie ausreichend differenziert mittels der CBCL erfasst wurde. Es könnte in weiteren Studien Sinn machen andere, ggf. spezifischer Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Symptomatik zusätzlich einzusetzen, um eine bessere Diskrepanz zu erzielen. In der vorliegenden Studie fällt zumindest in der Verlaufsbeobachtung auf, dass aus Sicht der Therapeuten die Symptomatik eine Verbesserung zeigte. Hier konnte allerdings kein Kontrollgruppendesign gebildet werden. Die Diskrepanz, die sich aus den unterschiedlichen Perspektiven ergibt (siehe auch: Lambert et al., 1998), sollte unbedingt Beachtung erlangen. So ist auch zu überlegen, ob die Beurteilung durch Lehrer die Verlässlichkeit der Aussage erhöht, da ansonsten der wichtige Lebensbereich „Schule“ unzureichend abgebildet werden könnte.

Ein Nachteil der vorliegenden Studie war aus den gegebenen Umständen heraus die mangelnde Unabhängigkeit der Aussagen vom Therapeuten. Durch den Einsatz externer Untersucher, gegebenenfalls über ein Telefoninterview vor Behandlungsbeginn sowie im Laufe der Behandlung, wäre ein Kontrollgruppendesign auch bezüglich der Psychopathologie möglich.

Ein weiterer Nachteil in dem vorliegenden naturalistischen Design mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in einer Klinik der Regelversorgung liegt darin, dass ebendiese Behandlung nicht standardisiert erfolgen konnte. Es konnte also nur relativ grob gesagt werden, worin die Behandlung bestand (siehe Kapitel 3.2 und 5.2). Zur Zeit ist dies aber nicht anders möglich, wenn man eine klinisch-repräsentative Studie im naturalistischen Design durchführen will. Der Vorteil der klinischen Repräsentativität bringt diesen gewissen Nachteil mit sich.

Die Verbesserung der Symptomatik, die sich aus Elternsicht in der unbehandelten Wartezeit zeigte, ist auch durch eine „regression to the mean“ zu erklären: In der Regel melden Eltern ihr Kind nach einer gewissen Dauer der Symptomatik an, und zwar dann, wenn die Problembelastung sehr hoch ist. Da die Symptomatik natürlichen Schwankungen unterliegt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich diese auch ohne Intervention auf ein individuelles mittleres Maß reduziert.

Zukünftige Studien könnten – um dem Problem der systematischen Stichprobenverzerrung durch Drop out zu entgehen – mit einem „Cross over Design“ gestaltet werden. In einem solchen Design erhält jeder Teilnehmer jede Form der Behandlung nacheinander. So erhält Teilnehmer 1 zunächst Behandlung A, dann Behandlung B; Teilnehmer 2 erhält vielleicht zunächst Behandlung B, dann Behandlung A. Idealerweise werden die Teilnehmer den Behandlungsgruppen (welche als erste und welche als zweite) randomisiert zugeteilt. So bildet jeder Teilnehmer seine eigene Kontrolle. Der Vorteil dieses Designs liegt in einer Elimination der individuellen Unterschiede der Teilnehmer vom allgemeinen Therapieeffekt, wodurch die Teststärke erhöht wird. Andererseits ist eine Voraussetzung für eine Crossover-Studie, dass die zugrunde liegende Bedingung (z. B. die Erkrankung) nicht im Laufe der Zeit wechselt (Kazdin 2003, S. 174).

Die in der vorliegenden Studie gefundenen statistisch bedeutsamen und klinisch bedeutsamen Veränderungen bedürfen weiterer Replikationen an unterschiedlichen Populationen, um deren wirkliche Bedeutung für die praktische Arbeit abschätzen zu können (siehe Bortz & Lienert, 2008, S. 52). Analoge Replikationsuntersuchungen, wie oben beschrieben, könnten die Zuverlässigkeit der Aussagen erhöhen. Wünschenswert wäre darüber hinaus ein Erkenntnisgewinn bezüglich der Moderatoren und Mediatoren des Erfolges im Sinne einer Therapieprozessforschung, wie ihn schon Grawe et al. (1994, S. 749 ff.) forderte (siehe auch Kazdin in: Remschmidt [Hrsg.], 2004).

Das Konzept der Institutsambulanz

In der vorliegenden kontrollierten Studie konnten erstmals im deutschsprachigen Raum Ergebnisse erzielt werden, die Auskunft geben über erreichbare Effekt in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer Institutsambulanz. Die Wirksamkeit konnte partiell bestätigt werden – die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen besserte sich aus Elternsicht mit einer mittleren Effektstärke. Im Vergleich zu den vorliegenden Ergebnissen im Kontrollgruppendesign, die bisher kaum oder gar nicht die Wirksamkeit bestätigen konnten (Dalton et al. 2000, 2003; Weiss et al. 1999, 2000), sind die Ergebnisse hier recht positiv und ermutigend.

Das Konzept der Institutsambulanz bietet viele Vorteile: durch die direkte Anbindung an eine klinische Einheit ist die Vor- und Nachsorge der Patienten im Rahmen von teil- und vollstationären Behandlungen gesichert. Die Schnittstelle ambulanter vs. stationärer Behandlung ist dadurch nahezu optimal gelöst. Durch die Art der Finanzierung über Fallpauschalen kann den unterschiedlichen Gegebenheiten und Erfordernissen vor Ort flexibel Rechnung getragen werden. Es ist möglich, ein multimodales Behandlungskonzept mit individualspezifischen (z. B. Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Behandlungen) und kontextspezifischen Inhalten (z. B. Familientherapie, Einbindung von Schule und sozialem Umfeld) ambulant umzusetzen, was in einer Einzelpraxis in dieser Art kaum möglich ist.

Deutschlandweit arbeiten die Institutsambulanzen jedoch unter den unterschiedlichsten Rahmenbedingungen. Die Fallpauschalen variieren erheblich, so dass die personellen Ressourcen zur Versorgung der Patienten von Bundesland zu Bundesland sehr verschieden sind. Besonders in den neuen Bundesländern stehen deutlich weniger Minuteneinheiten pro Patient zur Verfügung.

In Rheinland-Pfalz liegen die Fallpauschalen bundesweit gesehen in einem mittleren bis geringen Level, deutlich höher fallen sie in Baden-Württemberg und Bayern aus. Die Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz ist zudem dadurch geprägt, dass die Dichte an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern vergleichsweise gering ist. Als eine wichtige Ursache ist die Weigerung der gesetzlichen Krankenkassen zu sehen, eine Sozialpsychiatrievereinbarung mit den niedergelassenen Ärzten abzuschließen. Diese würde es ermöglichen auch andere Berufsgruppen (Sozialpädagogen, Psychologen, Heilpädagogen etc.) in der Praxis zu beschäftigen, um ein multimodales und effizientes Arbeiten zu

gewährleisten. Fachärzte neigen daher dazu, ihre Praxis in benachbarten Bundesländern zu eröffnen, die diese Möglichkeit bieten. Die Zahl der psychotherapeutischen Praxen steigt zwar langsam, kann den Bedarf aber bei weitem nicht decken, so dass sehr lange Wartezeiten von bis zu einem Jahr und länger für ein Erstgespräch resultieren. Aus diesen Gegebenheiten heraus resultiert ein starker Versorgungsdruck auf die Institutsambulanzen. Vielfach können die Kontakthäufigkeiten zum Patienten und dessen Familie, die als notwendig erachtet werden, nicht umgesetzt werden.

Inwieweit dies Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Interventionen hat, ist bisher nicht abzuschätzen, da es – außer in der vorliegenden Studie – bisher keine Evaluation der Arbeit der Institutsambulanzen in Deutschland gibt. Die einzige weitere Studie in Deutschland, die die Arbeit von 9 Praxen evaluierte, ist die schon genannte von Mattejat et al. (2006). Weitere Evaluationen sind dringend zu fordern, um eine Reflexion der geleisteten Arbeit zu gewährleisten und Konzepte entwickeln zu können, die dem Patienten und dessen Familie nützlich und hilfreich sind. So konnte man in der Institutsambulanz im Kontrollgruppendesign nachweisen, dass im Bereich der Lebensqualität und der Psychopathologie aus Elternsicht statistisch bedeutsame Verbesserungen mit mittlerer Effektstärke erreicht wurden, nicht aber in der Lebensqualität aus Sicht der Kinder und Jugendlichen. Diese ist also in Zukunft mehr in den Blick zu nehmen. Insbesondere im Bereich „Familie“ erscheint noch deutlicher Verbesserungsbedarf. Eine Intensivierung und Optimierung dieser Aspekte könnten wiederum Auswirkungen auf die Reduktion der Psychopathologie haben. Es bleibt abzuwarten, wie dieses ohne eine Ausweitung der personellen Ressourcen und damit der Minutenwerte pro Patient möglich ist. Weitere Evaluationsstudien, auch an anderen Institutsambulanzen, im Sinne eines Bench-Markings sind dringend zu fordern, um die Datenlage diesbezüglich zu sichern. Die damit verbundenen finanziellen Mittel sollten durch die Geschäftsführungen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen gefordert werden. Dies bietet die Grundlage dafür, die Qualität im Sinne einer Verbesserung der Ergebnisqualität weiter entwickeln zu können.

7 Zusammenfassung

Einführung: In der Psychotherapieforschung wird zunehmend die Frage nach der Effektivität von „naturalistischen“ Behandlungen in der realen Gesundheitsversorgung („effectiveness“-Studien) gestellt. Die Studienlage zur Wirksamkeit in klinisch-repräsentativen Populationen mit naturalistischer Versorgung ist – auch international – als desolat zu bezeichnen. Im deutschsprachigen Raum wurden bisher keine kontrollierten klinisch-repräsentativen Therapiestudien mit ambulanten Behandlungssetting durchgeführt.

Zielsetzung, Fragestellung und Hypothesen: In der Institutsambulanz des Johanniter-Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde eine kontrollierte Studie durchgeführt, um die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen zu überprüfen. Die Studie zeichnet sich durch zwei zentrale Hauptmerkmale aus: Es handelte sich um eine naturalistische Studie mit zugewiesenen, für den klinischen Bereich repräsentativen Patienten (nicht rekrutiert), die eine normale Behandlung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung erhielten (d. h. „alltägliche“ kassenfinanzierte Behandlung im Rahmen der Routineversorgung; die Therapie war somit nicht in besonderer Weise ausgestattet). Das zweite Hauptmerkmal besteht darin, dass es sich um eine kontrollierte Therapiestudie handelte, d. h. das Untersuchungsdesign war so konzipiert, dass eine Wartekontrollbedingung (Eigenkontrollgruppe) mit der Behandlungsbedingung verglichen werden konnte. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die Follow-up-Untersuchung, d. h. es wurde ein - für kontrollierte Psychotherapiestudien - relativ langer Untersuchungszeitraum betrachtet.

Stichprobe und Methode: In die Hypothesenüberprüfung gingen alle die Patienten ein, bei denen zu allen 4 Zeitpunkten eine Messung durchgeführt werden konnte (N=46 Patienten). Hierdurch war es möglich,

- die Veränderungen über die 4 Messzeitpunkte im Beobachtungszeitraum zu analysieren und insbesondere
- die Veränderungen der Wartezeit mit den Veränderungen nach erfolgter Intervention zu vergleichen.

Nach telefonischer Anmeldung wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt (T1-Messung) und die Patienten wurden auf eine Warteliste gesetzt. Nach 3 bis 4 Monaten wurde eine weitere Messung (T2) durchgeführt und die Behandlung begonnen. Nach 6 weiteren Monaten erfolgte eine dritte Messung (T3); teilweise war die Behandlung zu diesem Zeitpunkt bereits

abgeschlossen, teilweise dauerte sie noch an. Eine abschließende Follow-up Messung (T4) wurde nach weiteren 6 Monaten, d. h. insgesamt ein Jahr nach Behandlungsbeginn, durchgeführt.

Es wurden drei Kriterienmaße ausgewählt: (1) die psychiatrische Symptombelastung des Kindes/Jugendlichen aus Elternsicht (CBCL-Gesamt-T-Wert), (2) die Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen aus Elternsicht (LQ28-Rohwert der ILK-Elternversion) und (3) die Lebensqualität des Kindes/Jugendlichen aus Patientensicht (LQ28-Rohwert der ILK-Kinder/Jugendlichenversion). Diese Daten lagen für alle 4 Messzeitpunkte vor.

Ergebnisse: Die erste Hypothese: „Im Beobachtungszeitraum zeigt sich eine bedeutsame Verbesserung in der Psychopathologie und in der Lebensqualität der Patienten“ konnte bei zwei von drei Überprüfungen, nämlich bei der Psychopathologie aus Sicht der Eltern (CBCL) und bei der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen aus Elternsicht (ILK-Elternversion), eindeutig bestätigt werden. Dabei zeigte sich weiterhin, dass die bedeutsamen Verbesserungen sich nicht in der Wartezeit, sondern im Therapieverlauf einstellten. Beim Kriterienmaß „Lebensqualität“ (Elternangaben) zeigten sich diese Verbesserungen schon im kurzfristigen Verlauf deutlich, beim Kriterienmaß „Psychopathologie“ erst im längerfristigen Verlauf. Die Höhe der Prä-Post-Effekte lag im Therapieverlauf in einem niedrigen bis mittleren Bereich (ES: 0,22 bis 0,48).

Die Hypothese 2 „Die Behandlung ist wirksam“ kann nur als partiell bestätigt gelten. Wenn man die Verbesserung der Lebensqualität als Kriterium heranzieht, kann die Hypothese als bestätigt gelten: Die Therapiegruppe schnitt im Vergleich zur Wartegruppe deutlich besser ab. Bei den Elternangaben zur Lebensqualität lagen die Effektstärken immerhin in einem mittleren Bereich (Wirksamkeit A: ES=0,52 bei T2-T1 versus T3-T2; Wirksamkeit B: ES=0,65 bei T2-T1 versus T4-T2); bei den Jugendlichenangaben waren die Effekte geringer (Wirksamkeit A: ES=0,31; Wirksamkeit B: ES= 0,28). Im Hinblick auf die Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik dagegen konnte die Wirksamkeit der Behandlung im Kontrollgruppenvergleich nicht nachgewiesen werden.

Diskussion: Die vorliegenden Ergebnisse geben erstmals im deutschsprachigen Raum Auskunft über erreichbare Effekte einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in einer Institutsambulanz mit Regelversorgung. Die Wirksamkeit der Therapie konnte partiell bestätigt werden: die Lebensqualität zeigte aus Elternsicht eine Verbesserung im Laufe des Jahres mit einer mittleren Effektstärke. Im Vergleich zu den bisherigen

Erkenntnissen von amerikanischen Forschergruppen, die keinen oder nur einen geringen Effekt einer ambulanten Behandlung nachwiesen, sind die Ergebnisse sehr positiv und ermutigend. Die Ergebnisse der Untersuchung sollten durch weitere Studien, möglichst mit größerer Stichprobengröße zur Erhöhung der Teststärke, überprüft werden. Da im ambulanten Setting die Drop-out-Rate in der Regel bedeutsam sein kann, empfiehlt sich eine Untersuchung im Cross-over-Design mit Eigenkontrollgruppe, z. B. aus der Warteliste im Sinne einer analogen Replikationsuntersuchung. Um die Frage zu beantworten zu können, welche Komponenten für den Therapieerfolg verantwortlich sind oder verbessert werden könnten, um den Erfolg zu optimieren, sollten Moderatoren und Mediatoren des Erfolges analysiert werden.

8 Literaturverzeichnis

- Achenbach TM. & Edelbrock CS. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: Quee City Printers Inc.
- Achenbach TM. & Edelbrock CS. (1987). *Manual for the Youth Self Report and Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach TM (1991). *Integrative guide of the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.
- Angold A, Costello EJ, Burns BJ, Erkanli A, Farmer EMZ (2000). *Effectiveness of Nonresidential Specialty Mental Health Services for Children and Adolescents in the "Real World"*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 39(2):154-160.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Armbruster P, Sukhodolsky D, Michalsen R (2004). *The Impact of Managed Care on Children's Outpatient Treatment: A Comparison Study of Treatment Outcome Before and After Managed Care*. American Journal of Orthopsychiatry. 74(1):5-13.
- Aster v.M, Meier M, Steinhausen HC (1998). *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47:668-682.
- Baving L, Schmidt MH (2001). *Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder und Jugendpsychiatrie*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 29/3:189-205 und 29/4: 206-220.
- Bickman L, Lambert W, Andrade AR, Penaloza RV (2000). *The Fort Bragg Continuum of Care for Children and Adolescents: Mental Health Outcomes Over 5 Years*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 68(4):710-716.

- Bielenberg N (2003). *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Results of a Danish field trial.* European Child and Adolescent Psychiatry. 12:298-302.
- BKJPP, DGKJP, BAG (2006). *Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlichen in Deutschland.* Poster auf dem Deutschen Ärztetag.
http://www.bkjpp.de/files/bag/poster_aerztetag.pdf (vom 16.01.2008)
- Bonney H (1998). *Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation.* Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47:499-510.
- Bortz J & Lienert GA (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung.* 3. Auflage, Springer-Verlag Berlin. ISBN 978-3-540-75737-5
- Bortz J & Döring N (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation.* 4. Auflage, Springer-Verlag Berlin. ISBN 3-540-33305-3
- Brandenbusch A (1995). *Die Marburger Symptomliste. Eine Untersuchung zur Beurteilerübereinstimmung.* Marburg: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Brann P, Coleman G, Luk E (2001). *Routine outcome measurement in a child and adolescent mental health service: an evaluation of HoNOSCA.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 35:370-376.
- Bühl A, Zöfel P (2002). *SPSS 11 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows.* Verlag Pearson Studium, München. ISBN: 3-8273-7037-X
- Bullinger M, Mackensen S v, Kirchberger I (1994). *KINDL- Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern.* Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, II (1), S. 64-77.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1999, geändert 2006). *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien).* Bundesanzeiger Nr. 6, S. 249.
<http://www.bvf.de/pdf/richtlinien/RL-Psycho-2006-06-20.pdf> vom 10.02.2008.

- Burns BJ, Hoagwood K, Mrazek PJ (1999). *Effective Treatment for Mental Disorders in Children and Adolescents*. Clinical Child and Family Psychology Review. 2(4): 199-254.
- Carr A (2001). *What works with Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and Their Families*. Verlag: Routledge (Februar 2001) ISBN-13: 978-0415233507.
- Chambless DL & Hollon SD (1998). *Defining empirically supported therapies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 66(1):7-18
- Clauß G, Finze F-R, Partzsch L (2002). *Statistik für Soziologen, Pädagogen und Mediziner*. Verlag Harri Deutsch Frankfurt, 4. Auflage, S. 226-238.
- Cohen, J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. ISBN 0-8058-0283-5
- Cohen J (1992). *A power primer*. Psychological Bulletin, 112: 155-159.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, Worthman CM (1996). *The Great Smoky Mountains Study of Youth*. Archives of General Psychiatry. 53:1129-1136.
- Dalton R, Pellerin K, Carbone V, Theriot A, Thibodeaux D, Stewart L, Wolfe M (2000). *Brief Report: Treatment Outcome Among Child Psychiatric Outpatients in an Community Mental Health Center*. Community Mental Health Journal. 36(2):195-203.
- Dalton R, Pellerin K, Wolfe M, Stewart L, Thibodeaux D, Cloutre A, Chase C (2003). *Adolescent Treatment Outcome in an Community Mental Health Center*. Community Mental Health Journal. 39(1): 47-62.
- Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn: BT-Drucksache 7/4200.
- Deutscher Bundestag (1999). *Gesetz über die Berufe des Psychologischen Therapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. BGBl. I, S. 1311. <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/psychthg/gesamt.pdf> (vom 30.12.2007)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2006). *Einrichtungen in Deutschland*. Homepage: <http://www.dgkjp.de/einrichtungen.php> (05.01.2008)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2007). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. ISBN-10: 3769104927

Di-Gallo A, Amsler F, Burgin D (2002). *Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: Eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Vol 51(2): 92-102

Döpfner M, Lehmkuhl G, Berner W, Flechtner H, Schwitzgebel P, v. Aster M, Steinhausen HC (1993). *Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21: 90-100.

Döpfner M, Wolff Metternich T, Berner W, Englert E, Lenz K, Lehmkuhl U, Lehmkuhl G, Poustka F, Steinhausen HC (1997). *Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46: 548-565.

Döpfner M, Plück J, Berner W, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F, Lehmkuhl G (1997b). *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 25:218-233

Döpfner M, Plück J, Berner W, Englert E, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl G, Lehmkuhl U, Poustka F (1998). *Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten*

- Bundesländern – Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativen Studie. Zeitschrift für klinische Psychologie. 27:9-19.*
- Döpfner M (2006) in: Mattejat F. (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* CIP-Medien München. ISBN: 3-932096-43-6. S. 97 – 108.
- Eisert M. (1986). *Beschreibung, Definition und Einschätzung der Behandlungsmodalitäten.* in: Remschmidt H & Schmidt M. *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Enke-Verlag Stuttgart 37: 33-45
- Ende VJ, Verhulst FC (2005). *Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour.* European Child and Adolescent Psychiatry 14:117-126.
- Englert E, Jungmann J, Rotthaus W, Wienand F, Lam L, Poustka F (DGKJP, BAG, BKJPP) (1996). *Glossar zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heft 3. Web vom 20.10.2007: <http://www.bkjpp.de/index.php5?x=/for396.php5&>
- Englert E, Jungmann J, Lam L et al. (1998). *Pilotstudie Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Konzeption einer bundesweiten Anwendungsstudie mit dem Entwurf einer neuen gemeinsamen Basisdokumentation für Klinik und Praxis.* In: Schmeck K, Poustka F, Katschnig H (Hrsg) *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Wien, New York: Springer.
- Ferdinand RF, Hoogerheide KN, van der Ende J, Visser JH, Koot HM, Kasius MC, Verhulst FC (2003). *The role of the clinician: three-year predictive value of parents', teachers', and clinicians' judgment of childhood psychopathology.* Journal of Child Psychology and Psychiatry. 44(6):867-876.
- Ferdinand RF, Visser JH, Hoogerheide KN, van der Ende J, Kasius MC, Koot HM, Verhulst FC (2004). *Improving estimation of the prognosis of childhood psychopathology; combination of DSM-III-R/DISC diagnoses and CBCL scores.* Journal of Child Psychology and Psychiatry. 45(3):599-608.
- Fisher JE & O'Donohue WT (Hrsg.) (2006). *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy.* New York: Springer. ISBN:0-387-28369-2.

- Garland AF, Lewczyk-Boxmeyer CM, Gabayan EN, Hawley KM (2004). *Multiple Stakeholder Agreement on Desired Outcomes for Adolescents' Mental Health Services*. *Psychiatric Services*. 55(6):671-676.
- Goodheart CD, Kazdin AE, Sternberg RJ (2006). *Evidence-Based Psychotherapy – Where Practice and Research Meet*. American Psychological Association. Washington DC. ISBN: 1-59147-403-5.
- Gowers S, Levine W, Bailey-Rogers S, Shore A, Burhouse E (2002). *Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental health services*. *British Journal of Psychiatry*. 180:266-269.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe. ISBN 3-8017-0481-5.
- Green J, Kroll L, Imrie D, Frances FM, Begum K, Harrison L, Anson R (2001). *Health Gain and Outcome Predictors During Inpatient and Related Day Treatment in Child and Adolescent Psychiatry*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40(3):325-332.
- Hartman CA, Hox J, Auerbach J, Erol N, Fonseca AC, Mellenbergh GJ, Novik TS, Oosterlaan J, Roussos AC, Shalev RS, Zilber N, Sergeant JA (1999). *Syndrome dimensions of the child behavior checklist and the teacher report form: a critical empirical evaluation*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Oct;40(7):1095-116
- Hasselblad V & Hedges LV (1995). *Meta-analysis of screening and diagnostic tests*. *Psychological Bulletin* 117: 167-178.
- Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C, Sheidow AJ, Ward DM, Randall J, Pickrel SG, Cunningham PB, Edward J (2003). *One-Year Follow-up of Multisystemic Therapy as an Alternative to the Hospitalization of Youth in Psychiatric Crisis*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42(5): 543-551.
- Hibbeler B (2007). *Qualitätsmanagement als Führungsaufgabe*. *Deutsches Ärzteblatt*, 104; 16: 987.
- Hölling H. et al. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Springer Medizin*

Verlag. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 50: 784 – 793.

http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Hoelling_Verhaltensauffaelligkeiten.pdf (vom 05.01.2008)

Ihle W. & Esser G. (2002). *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede*. Psychologische Rundschau 53: 159-169.

Jensen PS, Hoagwood K, Petti T (1996). *Outcomes of Mental Health Care for Children and Adolescents II. Literature Review and Application of a Comprehensive Model*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35 (8): 1064-1077.

Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007). *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 50;836-850.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland Pfalz (2008). *Ärztefinder*. <http://www.kv-pfalz.de/asp/cms/doc-find/index.htm> (vom 05.01.2008).

Kazdin AE, Bass D, Ayers WA, Rodgers A (1990). *Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research*. J Consult Clin Psychol 58: 729-740

Kazdin AE (2003). *Research Design in Clinical Psychology*, Allyn & Bacon; Auflage: 4th (17. Mai 2002) ISBN-10: 0205332927, S. 408-435.

Kazdin AE (2004). *Evidence-Based Psychotherapies for Children And Adolescents: Strategies, Strengths, and Limitations*. In: Remschmidt H. et al. (2004). *Facilitating Pathways – Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Springer Medizin Verlag Berlin Heidelberg New York. ISBN: 3-540-21088-1.

Knölker U (Hrsg) (2007). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie systematisch*. UNI-MED, Bremen. ISBN 978-3-89599-169-1.

Kopp S, Gillberg C (2003). *Swedish child and adolescent psychiatric out-patients. A five-year cohort*. European Child and Adolescent Psychiatry. 12: 30-35.

- Kunze H, Kaltenbach L (2005). *Psychiatrie-Personalverordnung*. Verlag Kohlhammer, 5. Auflage. ISBN-10: 3170189638.
- Lambert W, Salzer MS, Bickman L (1998). *Clinical Outcome, Consumer Satisfaction, and Ad Hoc Ratings of Improvement in Children's Mental Health*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 66(2): 270-279.
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (1947). *Verfassung für Rheinland-Pfalz* vom 18. Mai 1947. http://rlp.juris.de/rlp/gesamt/Verf_RP.htm (vom 28.12.2007)
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (1995). *Landesgesetz für psychisch kranke Personen* vom 17. November 1995. http://rlp.juris.de/rlp/gesamt/PsychKG_RP.htm#PsychKG_RP_rahmen (vom 30.12.2007).
- Levitt E (1957). *The results of psychotherapy with children*. Journal of Consulting Psychology. 1957 Jun;21(3):189-96.
- Mattejat F (1986). *Verfahrensspezifische Evaluationskriterien*. In: Remschmidt H, Schmidt M: *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Enke-Verlag Stuttgart, S.46-69.
- Mattejat F & Remschmidt H (1993). *Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Zeitschrift für klinische Psychologie, 22, 192-233.
- Mattejat F. (1997). *Zur Bedeutung und Interpretation von Effektstärken bei Therapien mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen: Eine Diskussion methodischer und inhaltlicher Fragen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Marburg.
- Mattejat F & Remschmidt H (1998): *Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: 26 (3), 183 –196.
- Mattejat F & Remschmidt H (1998a). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

- Mattejat F, Simon B, Koenig U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D, Herpertz-Dahlmann B, Hohne D, Janthur B, Jungmann J, Katzenski B, Naumann A, Nolkel P, Schaff C, Schulz E, Warnke A, Wienand F, Remschmidt H. (2003a). *Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Nov;31(4):293-303.
- Mattejat F, Hirsch O, Remschmidt H. (2003 b). *Die Nutzung von Telefoninterviews für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Feb;31(1):17-34.
- Mattejat F (2004). *Psychotherapieforschung*. IVV –Kurs 3 vom 31.01.2004. http://www.uni-marburg.de/ivv/download/presentation_psychotherapieforschung (vom 19.01.2008).
- Mattejat F & Remschmidt H (2005). *Marburger Symptomskalen (MSS)*. In: B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.): *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe. ISBN: 3801718603.
- Mattejat F [Hrsg.] (2006a). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. CIP-Medien München. ISBN: 3-932096-43-6.
- Mattejat F, Trosse M, John K, Bachmann M, Remschmidt H (2006b). *Modell-Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen – Abschlussbericht*. http://www.kjp.uni-marburg.de/qs/kjpQ_Abschlussbericht.pdf vom 27.12.2007.
- Mattejat F & Remschmidt H (2006): *Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 34 (6): 445-454.
- Mattejat F & Remschmidt H (2006a). *ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen*. Manual. Bern: Huber
- Mattejat F (2007). *Forschungstrends: Aktuelle Fragestellungen und Entwicklungstendenzen in der Psychotherapieforschung*. Vortrag auf dem XXX. DGKJP Kongress vom 14.-17. März 2007 in Aachen.
http://www.uni-marburg.de/ivv/download/ergebnisqualitaet_einfuehrung vom 19.01.2008.

- Merod R & Petermann F (2006). *Prozess- und Ergebnisqualität. Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen*. Kindheit und Entwicklung 15 (3): 164-169.
- Ministerium für Soziales und Familie, Rheinland-Pfalz (1990). *Psychiatriebericht Rheinland-Pfalz*. Mainzer Verlagsanstalt, März 1990.
- Noser K & Bickman L (2000). *Quality Indicators of Children's Mental Health Services: Do They Predict Improved Client Outcomes?* Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 8(1): 9-18.
- Quaschner K (2003). *Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Marburg: Verlag Görich & Weiershäuser. ISBN: 3-89703-593-6.
- Ravens-Sieberer U & Bullinger M (1998): *Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results*. Quality of Life Research 7(5):399-407.
- Ravens-Sieberer U, Hölling H, Bettke S, Wietzker A (2002): *Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey*. Gesundheitswesen 2002; 64 Sonderheft 1: S.30-S.35
- Remschmidt H & Schmidt M (Hrsg.)(1986). *Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Enke. ISBN: 3432951213
- Remschmidt H & Schmidt M (Hrsg.) (1988). *Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-Treatment im Vergleich*. Stuttgart: Enke. ISBN: 3432969813
- Remschmidt H & Walter R. unter Mitarbeit von Kampert K. (1989). *Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen*. Stuttgart: Enke.
- Remschmidt H & Walter R (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist*. Hogrefe, Göttingen.
- Remschmidt H & Mattejat F (1994). *Psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen*. Monatsschrift für Kinderheilkunde 142, 250-257.

- Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. 5. rev. Auflage. Bern: Huber. ISBN: 3456842848.
- Remschmidt H, Gutenbrunner C, Mattejat F (1994). *Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen. Methodische und inhaltliche Aspekte der Therapiedokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22 (3), 169-182.
- Remschmidt H & Mattejat F (1997). *Psychotherapieforschung*. In H. Remschmidt (Hrsg), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Thieme. ISBN: 3131034319, S.45-68
- Remschmidt H & van Engeland H (1999). *Child and Adolescent Psychiatry in Europe*. Steinkopf: Darmstadt; Springer: New York, ISBN: 3-7985-1170-5.
- Remschmidt H & Mattejat F (2001 b). *Treatment evaluation in child and adolescent psychiatry*. European Child and Adolescent Psychiatry 10 (1) Suppl.
- Remschmidt H & Mattejat F (2003). *Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen*. Deutsches Ärzteblatt 100 (16): B 896-901.
- Remschmidt H (2003b). *Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Wissenschaftsgeschichte* In: Schmeck K, Schmötzer G, Bölte S (Hrsg.) (2003). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Grundlagen und Behandlungskonzepte*. Festschrift für Fritz Poustka. Pabst Science Publishers, ISBN 3-89967-102-3.
- Remschmidt H (Hrsg) (2004). *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. ISBN:3-7691-0463-3
- Remschmidt H, Walter R, Theisen F, Ulbrich R, Martin M (2006). *Eine Universitätsklinik als psychiatrisches Versorgungszentrum für Kinder und Jugendliche*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (6), 407-415.
- Remschmidt H & Mattejat F (2007). *Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS)*. Hogrefe-Testzentrale, in Vorbereitung.

- Rey JM, Plapp JM, Simpson PL (1999). *Parental satisfaction and outcome: a 4-year study in a child and adolescent mental health service*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 33:22-28.
- Robbins JM, Taylor JL, Rost KM, Burns BJ, Phillips SD, Burnam A, Smith GR (2001). *Measuring Outcomes of Care for Adolescents with Emotional and Behavioral Problems*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 40(3): 315-324.
- Roth A, Fonagy P & Parry G (1996). *What works for whom?* Verlag: Guilford Publications; Auflage: 2 (22. Januar 2006) ISBN-13: 978-1593852726.
- SAS Institute Inc. (1989). *SAS Language and procedures*. Usage Version 6. Cary, N.C.: SAS Institute Inc.
- Scott S (2004). *Outcomes of Treatment*. In: Remschmidt H, Belfer ML, Goodyer I. *Facilitating Pathways*. Springer- Verlag Berlin, Heidelberg, New York. S. 220 –231.
- Seiffge-Krenke I, Kollmar F (1998). *Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: a longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 39:687-697.
- SGB V (1988) – *Gesetzliche Krankenversicherung* – vom 22.12.1988. Bundesgesetzblatt (BGB1.) I, S. 2477
- Smith ML & Glass GV (1977). *Meta-analysis of psychotherapy outcome studies*. American Psychologist, 41, 165-180.
- Smith ML, Glass GV & Miller TI (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- SPSS Inc. (1997). *SPSS®Base 7.5 for Windows User's Guide*. Chicago:SPSS Inc.
- SPSS Inc. (1999). *SPSS Categories® 10.0*. Chicago: SPSS Inc.
- Vossler A (2003). *Perspektiven der Erziehungsberatung*. dgvt-Verlag Tübingen. ISBN 3-87159-708-2.

- Weiss B, Catron T, Harris V, Phung TM (1999). *The Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 67(1): 82-94.
- Weiss B, Catron T, Harris V (2000). *Brief Reports: A 2-Year Follow-Up of the Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 68(6):1094-1101.
- Weisz JR & Weiss B (1993). *The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy*. American Psychologist. 1992 Dec;47(12):1578-85.
- Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA & Morton T (1995a). *Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents: A metaanalysis of treatment outcome studies*. Psychological Bulletin. 117: 450-468.
- Weisz JR, Jensen AL (2001). *Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field*. European Child and Adolescent Psychiatry. 10: 1/12-1/18.
- Weisz JR (2004). *Psychotherapy for Children and Adolescents : Evidence based treatments and case examples*. Cambridge University Press (17. Juni 2004). ISBN-10: 0521576725. S. 447-472.
- Weisz JR. & Jung E (2004) in: Remschmidt H. (Hrsg). *Facilitating Pathways*, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, ISBN 3-540-21088-1. S. 140 - 163.
- Weisz JR & Kazdin AE (2006) in: Mattejat F. (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie*. Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. CIP-Medien München. ISBN: 3-932096-43-6. S. 109 – 118.
- Wirtz M & Nachtigall C (2002). *Deskriptive Statistik*. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 1. Juventa, Weinheim.
- Wittchen HU, Jacobi F (2001). *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998*. Bundesgesundheitsblatt 44:993-1000.

Zima BT, Hurlbut MS, Knapp P, Ladd H, Tang L, Duan N, Wallace P, Rosenblatt A, Landsverk J, Wells KB (2004). *Quality of Publicly-Funded Outpatient Specialty Mental Health Care for Common Childhood Psychiatric Disorders in California*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 44(2):130-144.

9 Anhang

9.1 Legende

Interviewer	Diagnosensysteme	Diagnosen	Sonstige
E – Eltern L - Lehrer F – Freunde P - Patient T – Therapeut U – unabhängiger Untersucher	DISC – Diagnostic Interview Schedule for Children (P-Parents) DSM-III-R /IV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3rd / 4th edition (-revised) ICD-10- International classification of Disease MAS- Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO	ADHS / ADHD – Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung Anpass.st. – Anpassungsstörung Anx. – Anxiety D. – Disorder Depr. - Depression Diagn. - Diagnosen Emo – Emotionale Störung Entw.st. - Entwicklungsstörung HKS – hyperkinetische Störung OCD – oppositionell conduct disorder ODD – oppositional defiant disorder Opposit. D.- oppositional disorder Perv. Dev. D. – Pervasive Developmental Disorder SSV – Störung des Sozialverhaltens SSVE- Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen St. - Störung	Amb. – ambulant ES – Effektstärke IQ - Intelligenzquotient J. –Jahre K. - Kontakte k. A. – keine Angaben Kjp – Kinder- und jugendpsychiatrisch mind. - mindestens Mo. – Monate MST- Multisystemic Treatment Pat. – Patienten PT - Psychotherapie SD – standard deviation Stat. - stationär TK – Tagesklinik Wo - Wochen Ø – durchschnittlich ♂ - Junge ♀ - Mädchen

Messinstrumente			
ATOM – Adolescent Treatment Outcomes Module	CSBQ- Child School Behavior Questionnaire	GLOF- Global Level of Functioning Scale	RCMAS- Revised Children's Manifest Anxiety Scale
BADO- kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation	EDI-2 – Eating Disorder Inventory	GSI- Global Severity Index	SAICA- Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents
BCQ – Burden of Care Questionnaire	EUQ-P/C- Parent/Child Version of the Empathy and Understanding Questionnaire	HoNOSCA- Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents	SCICA – Semi-structured clinical interview
BSI- Brief Symptom Inventory	FACES III- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III	ILK- Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen	SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire
CAFAS- Child and Adolescent Functional Assessment Scale	FAD- Family Assessment Device	KTEA- Kaufman Test of Educational Achievement	SOC-13- Kohärenzsinn (P)
CAIA- Child and Adolescents Impact Assessment	FB- Fragen an den Berater	LES- Life-events-Scale	SS- Satisfaction Scale
CAPAS- Child and Adolescents Psychiatric Shedule	FBB – Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung	MSS/ MSR – Marburger Symptomscreening /Symptomrating	STAIC- State Trait Anxiety Inventory for Children
CASA- Child and Adolescents Services Assessment	FEF- Fragebogen zur Erziehungs- und Familienberatung	PCAS,CAS – (Parent-reported) Child Assessment Schedule	TBQ– Teacher Behavior Questionnaire
CBCL – Child Behavior Checklist	FEQ- Family Engagement Questionnaire	P-H- Piers Harris Self Concept Scale	TPC-Therapy Process Checklist
CGAS – Children's Global Assessment Scale	FFKS- Fragebogen zum Familien-Kohärenzsinn	PIC-R- Personality Inventory for Children - revised	TPS- Target Problem Scale
CGI- Clinical Global Impression	FFSS- Family Friends and Self Scale	PMIEB- Peer Report Measure of Internalizing and Externalizing Behavior	TRF – Teacher Report Form
CHQ – Child Health Questionnaire	GAF- Global Assessment of Functioning	PPB – Profil psychosozialer Belastungen	VDI- Vanderbilt Depression Inventory
CIS – Columbia Impairment Scale	GAPD- Global Assessment of Psychosocial Disability	PSQ- Parent Satisfaction Questionnaire	VFI-P/C- Vanderbilt Functioning Index Parent / Child reported
			YCSQ- Youth Client Satisfaction Questionnaire
			YSR – Youth Self Report

9.2 Studien zur Therapieevaluation

Autoren - Ambulantes Setting -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Auf- nahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(1) Mattejat F. et al. 2006b	Inanspruchnahme 1029 Teilnehmer 9 Praxen <i>Erhebung:</i> Von 5/2004 Bis 4/2006	Ø 210,53 Tage (1 – 464 Tage) Kontakte: (P) Ø 7,65 SD 7,00 Range 0 – 50 (E) Ø 4,37 SD 3,87 Range 0 – 40	Range: 1-21 Ø 9,06 SD 3,36 <6: 13,2% 6-9: 48,8% 10-14: 30% 15-17: 7,5% >17: 0,5%	1. Stat. Gruppe 2. 9 Praxen im Vergleich	3 T1: Aufnahme T2: (T1)+3Mo. T3; (T1)+12Mo.	ICD 10, MAS: HKS 35,7% SSV 9,3 % Emo 16,8 % Anpass.st. 14,1 %	Ja, telefonische Befragung	Therapieerfolg (T,E,P,U) - <i>Symptomverbesserung</i> -(E) CBCL, (T,U)MSR, (T) BADO - <i>Behandlungserfolg/Funktio- nalität, Lebensqualität</i> -(EPU) ILK, (T) BADO Zufriedenheit -(EP) FBB Basisdaten (U), (T) BADO	- 51,3% der P. haben Entwicklungsrückstand, 75 % normalen IQ, 21,7 % körperliche Erkrankung, 57,2% psychosoziale Belastungen, 50% leichte/mäßige Beeinträchtigung, 25% deutliche Beeinträchtigung, 22,2% Medikation zusätzlich, 62% nach 1 Jahr Therapie beendet. - MSR: Symptomreduktion kontinuierlich bei vielen Symptomen, steigt bei Drogen/Alkoholkonsum und organischen Erkrankungen. „suizidales Verhalten“: sinkt zwischen T1-T2, bleibt gleich T2-T3. Effektstärken gering: .20 bis .30 - ILK: (P) T1-T3 hochsignifikante Verbesserungen in allen Bereichen (außer „Familie“). (E) T1-T3 signifikant besser bei „Lebensstandard, Familie, Freunde, Erwerbstätigkeit, Gesamt“. - Belastung der (E)durch Problematik sinkt signifikant - (E) Problematik gesamt: 80% nehmen Verbesserung wahr, Befindlichkeit des Kindes aus Sicht der Eltern signifikant besser. - FBB: T3: 74% sind (sehr) zufrieden. - System gut in Praxen zu integrieren.
(2) Zima BT. et al. 2005	813 Teilnehmer (randomisiert ausgewählt „statewide“ von 4958 Pat. aus 62 Kliniken.) <i>Erhebung:</i> Von 1.8.1998 Bis 31.5.1999	Mind. 3 Mo., mind. 3 Kontakte in der Zeit	Range: 6-16,9 Mittleres Alter: 10,6 SD 0,2	Keine	Nach mind. 3 Mo. (longitudinal cohort study)	DSM IV >1 Diagnose: 25,8% - ADHD 48,8% - Conduct D. 44,4% - Major Depression 37,9%	Ja	Quality of Care - completeness of the initial clinical assessment - appropriate linkage to other service sectors - following basic treatment principles - Psychosocial treatment - initiating medication referral - maintaining child safety	- 30% sexuelle oder körperliche Misshandlung in der Anamnese - 50% Eltern mit Substanzmissbrauch - Gute Dokumentation für Behandlung. nicht gut für: - Kooperation mit anderen Hilssystemen - Einbeziehung der Eltern - Psychosoziale Behandlung - Schutz der Patienten
(3) Armbruster P., Sukhodolsky D., Michalsen R. 2004	885 Teilnehmer retrospektiv 3 Kollektive (1) Pre-Managed-Care: 1/7/1994-30/6/1995 (2) Post-Managed-Care: 1/7/1996-30/6/1997 (3) Post-Managed-Care: 1/7/1999-30/6/2000	Kontakte Ø: (1)15,94 (2)10,76 (3)10,3 Monate Ø: (1) 4,46 (2) 3 (3) 4	Range: 5-18 12-18 Jahre in %: (1)66,8 (2)37,4 (3)27,9	Ja, Vergleich der Kollektive, keine unbehan- delten.	2 T1: Aufnahme T2: Entlassung	DSM IV: (%) 1. Externalisierende St. 19,9 – 29,9 2. Internalisierende St. 50 – 57 3. Beide: 12,3 – 17,0 4. Andere (Psychose, Entw.st.): 2,3 – 6,3	Nein	Nur (T) Therapieerfolg - <i>Symptomverbesserung</i> - C-GAS - <i>Funktionalität</i> - GAF Basisdaten (T)	- Medikamente zusätzlich: (1) 62,7% (2) 75% (3) 62,1% - Keine Unterschiede in der Veränderung von C-GAS und GAF zwischen T1 und T2 unter den Gruppen, aber Patienten der Post-Managed-Care-Gruppe hatten weniger Kontakte und waren kürzere Zeit in Behandlung.

Autoren - Ambulantes Setting -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Auf- nahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(4) Garland AF et al. 2004	Inanspruchnahme 170 (von 223) Teilnehmer <i>Erhebung:</i> Von 2000 Bis 2002	k. A.	Range: 11-18 Mittleres Alter: 13,5	keine	1 T1: Aufnahme	Mood D. ADHD Oppositional/ deficient D. Conduct D.	Nein	Therapieerfolg (T,E,P) - <i>Symptomverbesserung</i> -(E) CBCL -(P) YSR -(T,E,P) CAFAS - <i>Behandlungserfolg</i> -(T,E,P) CAFAS Zufriedenheit -(T,E,P) CAFAS	- Bei 2/3 der Fälle stimmten T,E,P nicht überein. - P-T stimmten bei Zielen im familiären Umfeld mehr überein als P-E - Anxiety D.: mehr Übereinstimmung bei P,E,T - Cognitiv-Behavior-Therapy- Orientierung des Therapeuten: weniger Übereinstimmung - CBCL: T-Wert-gesamt 67,3, SD 9,7 Fazit: Für Outcome-Messung sind mehrere Perspektiven sinnvoll
(5) Ferdinand RF. et al. 2004	Inanspruchnahme 96 Teilnehmer <i>Erhebung:</i> Von 4/1992 Bis 4/1994 (246 gefragt, T1: 196/ 68,7%, T2: 96/ 72,7%)	15,6 Monate SD 15,2 Mon. Range 1-89 Monate 61% > 10 Sitzungen	Range: 6-12	Keine	2 T1: Aufnahme T2: Follow up nach Ø 3,2 J. SD 0,62 J.	DSM III-R DISC-P CBCL: (%) Anxiety D. 53,3 Mood D. 23,3 Disruptive D. 45,6 Tic D. 13,3 Psychosis 20,0 Enuresis 17,8 Encopresis 7,8	Nein	Im Follow up nach Funktionsniveau : - stat./ amb. Behandlungsnotwendigkeit - Eltern wünschen professionelle Hilfe - Disziplinschwierigkeiten in Schule - Polizei-/Gerichtskontakte	- Sowohl DSM als auch CBCL sagen schlechtes Outcome signifikant voraus. - Genauere Schätzung durch Kombination der Systeme. - 95% hatten Behandlung, 15 von 96 Pat. tagesklinisch oder stationär. - 13% erhielten Medikation
(6) Ferdinand RF. et al. 2003	Siehe 2004	Siehe 2004	Siehe 2004	Siehe 2004	Siehe 2004	Siehe 2004, zusätzlich: SCICA (T) TRF (L)	Nein	Siehe 2004	- Sowohl TRF, SCICA als auch CBCL lieferten signifikante Aussagen zur Prognose nach 3 Jahren - durch SCICA konnten alle Kriterien des Outcome gut vorausgesagt werden. - Kriterium „wish for professional help“ wurde durch SCICA unabhängig von TRF/CBCL vorausgesagt.
(7) Dalton R. et al. 2003	Inanspruchnahme 50 Teilnehmer Davon : (1) Anger Management: 30 (externale Störungen) (2) Open end group: 15 (internale Störungen) (3) Individual therapy: 5 <i>Erhebung:</i> von/bis k. A.	(1) 6-8 Wo (2) 10-12 Wo (3) k. A.	Range: 13-18	Drop out (21) Warteliste (8)	2 T1: prae T2: post	Nicht benannt, -Internalisierende -Externalisierende Störungen	Nein	Therapieerfolg (T,E,P) - <i>Symptomverbesserung</i> -E (CBCL) -P (YSR)	(E): signifikante Verbesserungen für T-Wert gesamt. Externalisierende St., internalisierende St. (P): signifikante Verbesserung für T-Wert gesamt, soziale Probleme, Delinquenz Medikation kein prädiktiver Faktor 26% erhielten Pharmakotherapie
(8) Kopp S. & Gillberg C. 2003	Inanspruchnahme 610 Teilnehmer <i>Erhebung:</i> von 1992 bis 1996	6214 Kontakte bei 610 Pat. ≤ 10 K: 67% >30 K: 7,5% 51-100 K: 3% ØKontakthäuf. ♀: 10,7 ♂: 9,6 > 50% nach 1 Jahr beendet.	Range: 0-18 Mittleres Alter: 10,52	Keine	Retrospektive Erhebung	DSM III-R: - Depression/ Angst/ OCD: 23% - ADHD: 20,8% - ODD: 6,3% -family related problems: 8,6%	nein	Kein Outcome, Stichprobenbeschreibung nach Hintergrundfaktoren, Symptomen, Diagnosen, Art der Behandlungen	5,6% der Kinder kommen innerhalb 5 Jahren in Kjp-Behandlung. Ca. 1/3 zeigen neuropsychiatrische Diagnose 20 % Depressionen/Ängste 3% vollstationäre Notfall-Überweisungen 2% vollstationäre Familientherapie 4,6% erhalten Medikation 28 % leben mit beiden biologischen Eltern 48% nur mit Mutter, 3 % nur mit Vater

Autoren - Ambulantes Setting -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Auf- nahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(9) Vossler A. 2003	Erziehungsbe- ratungsstellen, randomisiert rekrutiert (von 211: jeder 3.,6.,9. Fall) 108 Fälle (59%) <i>Erhebung:</i> 1996	<4 Mo: 34 (31,5%) 4-6 Mo: 24 (22,2%) 7-9 Mo: 18 (16,7%) 10-12 Mo: 7 (6,5%) >12 Mo: 25 (23,1%)	Range: 6-17 Mittleres Alter: 12,44 SD 4,47	Keine	Retrospektive 1-Punkt- Erhebung, Katamnese- dauer 2 - 3 Jahre	k. A.	Ja	Beratungserfolg (T,E,P) Beratungseffekte (T,E,P) Zufriedenheit (E,P) Messinstrumente: (E) FEF, FFKS (P) YCSQ, SOC-13 (T) FB	(E) : 70-82% sehen positive Änderungen in allen Bereichen, beratungsspezifischer Anteil mit 42% eher gering. 39 % haben weitere psychologische Hilfe. (P): ähnliche Einschätzungen wie die Eltern. (T): 90% vollständig/teils gebessert, davon 61% als Beratungseffekt. -Qualität der Beratungsbeziehung korreliert mit Beratungserfolg. Zufriedenheit hoch, wenn Beratung als veränderungsrelevant angesehen wurde. Ausmaß der Effekte bei jüngeren Mütter höher als bei älteren.
(10) Di Gallo A. et al. 2002	Inanspruchnahme 1425 Teilnehmer <i>Erhebung:</i> (1) vom 1.1.1994 bis 30.06.1997 (2)vom 1.1.1999 bis 31.12.1999	k. .A.	k. .A.	keine	1 post	Nach BADO, k .A.	nein	Abbruch der Behandlung erfasst über Basisdokumentation (T)	20,9 % brachen ab gegen Therapeutenwillen, 117 (10,4%) nach 1 oder 2 Sitzungen 66 (4,6%) nach > 7 Sitzungen - hohe Abbrecherquote bei Notfällen, Konsilen - weniger Abbrecher bei „unfreiwillige Behandlungen“
(11) Brann P. et al. 2001	Inanspruchnahme 458 Teilnehmer Drop out: T1: 305 (Aufn.) T2: 162 (3 Mo.) T3: 72 (6 Mo.) T4: 78 (Entl.) <i>Erhebung:</i> Über 7 Monate.	k. A.	Range: 3-20 Mittleres Alter 11,1 <12 J: 49%	Keine	4 T1: Aufnahme T2:(T1)+ 3 Monaten T3: (T1)+ 6 Monaten T4: Entlassung	DSM IV (%): ADHD 9,5 Adjustment D 14,8 Conduct D 14,3 Anxiety D 11,9 Social problem 11,4 Mood D 11 Development D 9,5 Somatic D 5,3 Eating D 3,3 Personality Problems 2,4	Nein	Therapieerfolg (T) - <i>Symptomverbesserung</i> - <i>Behandlungserfolg</i> HoNOSCA	Akzeptable Interrater - Reliabilität von HoNOSCA unter verschiedenen Bedingungen/ Populationen. Verbesserung bei 22 % Total score bei T1 kann als Maß für die Ernsthaftigkeit der Erkrankung angesehen werden.

Autoren - Ambulantes Setting -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Auf- nahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(12) Weiss B. et al. 2000	Inanspruchnahme 53 Teilnehmer <i>Erhebung:</i> Von/bis: k. A.	k. A.	Mittleres Alter: 10,5	Ja, 53 Zufällig zugeteilt Mittleres Alter: 10,0	6 T1:Aufnahme T2:(T1)+6Mo T3:+12Mo T4:+18Mo (Ende der Behandlung) T5:(T4)+1J. T6:(T4)+2J.	k. A.	Ja	Therapieerfolg (T,E,P) - <i>Symptomverbesserung</i> -CBCL (E),TRF (L), STAIC,VDI,CSBQ(P) - <i>Behandlungserfolg</i> -adaptive functioning data (T) -Systems-level outcomes (T) Zufriedenheit E,L,P,T	- Im Vergleich zur Kontrolle keine wesentlichen Verbesserungen. - Linear: Psychopath. (E),(L),(P):signifikant besser - Fehltag Schule: tendenziell besser
(13) Dalton R. et al. 2000	Inanspruchnahme 71 Teilnehmer <i>3 Therapiegruppen:</i> (1) 24 PT + <i>Pharmakotherapie</i> (2) 13 <i>Pharmakotherapie</i> <i>only</i> (3) 34 PT only <i>Erhebung:</i> Von 1996 bis 1997	(1,2): am Ende der Behandlung, keine weiteren Angaben. (3) nach 10-12 Wochen	Range: 5-12	Ja, 33 matched group aus Drop out der Warteliste	2 T1: Aufnahme T2: post	Keine genauen Angaben: - Behavior D/ ADHD 46,2-44,8% - Affectiv/ Anxiety D 7,7 - 10,3% - Mixed Affectiv/ Behavioral D 30,8 – 39,7%	nein	Therapieerfolg (E) - <i>Symptomverbesserung</i> -CBCL (E)	<i>Kontrolle:</i> keine signifikante Änderung Behandlungs-Gruppe: T-Wert gesamt, T-Wert externalisierend, T-Wert internalisierend signifikant besser. <i>Pharmakotherapie only:</i> T-Wert internalisierend signifikant besser <i>PT only:</i> T-Wert internalisierend signifikant besser <i>PT+Pharma:</i> T-Wert externalisierend, T-Wert internalisierend signifikant besser Gesamt T-Wert ≥ 65 bei T1: sagte positive Änderung voraus
(14) Noser K.& Bickman L. 2000	Inanspruchnahme 240 Teilnehmer (davon 119 Kontrollgruppe) <i>Erhebung:</i> k. A.	Kontakt- häufigkeit Ø 9,9 SD 7,7 1-12 Kontakte:70%	Range: 12-18 Ø 14,2 SD 1,5	119 Jugendliche als Vergleichs- gruppe aus 2 Kliniken in der Nähe	2 T1:Aufnahme T2:+6 Mo.	k. A.	Ja	Therapieerfolg (T,E,P,U) - <i>Symptomverbesserung</i> -CBCL (E),YSR (P) - <i>Behandlungserfolg</i> Funktionsniveau: GLOF (T), CAFAS (U) Zufriedenheit SS (E;T), Client-Therapist Relationship (P), Parent Involvement (E), Satisfaction with services (E;P)	1. „Client-Therapist Relationship“ verbessert outcome significant bei T,E,U, <i>nicht</i> bei P; 2. „Service utilization“ nicht signifikant für verbessertes Outcome

Autoren - Ambulantes Setting -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Auf- nahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(15) Bickmann L. et al. 2000 (Fort Bragg Evaluation Project)	Inanspruchnahme 199 Teilnehmer mit „continuum of care“ <i>Erhebung:</i> k. A.	Ø 26,8 Kontakte im Jahr Ø 8,2 stat. Tage Behandlungs- dauer Ø 275,7 Tage	Range: 5-17 Ø 11,0 SD 3,7	Vergleichs- gruppe: 2 benachbarte Zentren mit traditioneller Behandlung	7 T1: Aufnahme T2-T7: + 6,12,18,36, 48,60 Monate	DSM III-R Siehe Lambert et al. 1998	Ja	Therapieerfolg (E,P) - <i>Symptomverbesserung</i> -(E) CBCL -(P) YSR - <i>Behandlungserfolg</i> -(E,P) VFI-P/-C -(E) FAD, CGI(b)	In der Gruppe „Continuum of Care“ zeigen sich auf längere Sicht keine signifikanten Verbesserungen gegenüber der traditionellen Behandlung bei insgesamt höherem Kostenaufwand.
(16) Angold A. et al. 2000 « Great Smoky Mountain Study » (s. auch: Costello et al. 1996)	repräsentatives, randomisiertes Kollektiv. 9,11,13-jährige Kinder aus North Carolina, 1422 Teilnehmer rekrutiert 1993	k. A.	9-18 (bei Rekrutierung: 9,11,13)	Keine	Longitudinal- studie - telefonische Interviews alle 3 Mo. - Treffen jährlich - über 4 J.	DSM III-R, Keine weiteren Angaben	Ja	Therapieerfolg (U,E,P) - <i>Symptomverbesserung</i> CAPAS (U), CAIA (E) - <i>Behandlungserfolg</i> Funktionsniveau: CAIA, CASA (E,P)	- behandelte Patienten sind deutlich beeinträchtigt im klinischen Status, verschlechtern sich vor Behandlung. - Dose-response-korrelation zwischen Kontakt- häufigkeit und Verbesserung der Symptomatik (>8 Kontakte günstiger). - keine Effekte auf psychosoziale Faktoren, Elternbelastungen. - ambulante kjp-Behandlung hat auch außerhalb universitärer Einrichtungen positive Effekte auf die Symptomatik. - Zu kurze Interventionen sind kontraproduktiv.
(17) Rey JM, Plapp JM, Simpson PL. 1999	Inanspruchnahme 1278 Teilnehmer <i>Erhebung:</i> Von 7/1992 bis 7/1996	k. A.	Range: 3-19 Mittleres Alter: 13,7 ≥12 J: 87%	179 (14%) stationär/ tagesklinisch	(T) 3 Mo nach Aufnahme, dann alle 3 Mo bis zur Entlassung. (E) per Post nach Entlassung	DSM III-R, Ab 1994 DSM IV Keine weiteren Angaben	Nein	Therapieerfolg (T) - <i>Behandlungserfolg</i> Zufriedenheit (E) -PSQ	(T): 69% positive outcome, Ambulant>stationär (E): Rücklauf der Bögen 40%, davon 76% (sehr) zufrieden. - Zusammenhang von positive Outcome und Zufriedenheit war gering signifikant ($\kappa=0.27$) - Kein Unterschied in der Zufriedenheit zwischen Drop-out und Nicht-drop-out-Patienten - Zahl der Sitzungen korreliert mit Zufriedenheit.
(18) Weiss B. et al. 1999	Inanspruchnahme 160 Teilnehmer (84 Kontrollgruppe, 76 Behandlungsgruppe) <i>Erhebung:</i> k.A.	2 Jahre	Mittleres Alter: 10,3	Ja, 84 (randomisiert)	4 T0:vorher T1:Aufnahme T2:+6Mo. T3:+12Mo T4:+18Mo	Nach TRF: % Anx/Depress. 41 Aggression 65 Attentional D. 60 Delinquenz 57 Somatic problems 35 Withdrawn 47 ≥ 1domains 86 >1 domains 60	Ja	Therapieerfolg (E,P,L,Freunde) - <i>Symptomverbesserung</i> -(E) CBCL, BSI -(P) STAIC, VDI, CSBQ -(L) TRF, TBQ -(F) PMIEB -TPS (E,P,L,F) - <i>Behandlungserfolg</i> -adaptive functioning data (T) -Systems-level outcome (E) -TPC (T) Zufriedenheit (E) allgemein, auf Programm bezogen	Behandlung wenig erfolgreich: Overall effect size (<i>d</i> nach Cohen): .08 Im Verlauf signifikante Verbesserungen, aber nicht im Vergleich zur randomisierten Kontrollgruppe. Eltern in Therapiegruppe zufriedener.

Autoren - Ambulantes Setting -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Auf- nahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(19) Bonney H. 1998	Unselektierte Teilstichprobe: von 632 Fällen in 4 Jahren wurden 148 ausgewählt, davon drop out 39 Fälle: 109 Fälle befragt Erhebung: k. A. systemischer Behandlungsschwerpunkt	Erfolgsgruppe : Ø 5,3 Kontakte Misserfolgs- gruppe: Ø 8,4 Kontakte	Range: < 3 bis 22 Gipfel:7-10	Keine	1 2 Jahre nach Erstvorstel- lung retrospektiv	MAS, führende Symptomatik: - Schulschwierig- keiten: 114 Pat. - Keine:139 Pat. - Beziehungs- schwierigkeiten: 53 Pat. - Depressive Verstimmung: 49 Pat.	Nein	Therapieerfolg - Symptomverbesserung (E) telefonisch: noch Symptome? andere Beratungen gewählt? (keine validierten Messinstrumente)	- 66% zeigten nach 2 Jahren stabilen, positiven Verlauf. Besonders bei: ängstlicher Verstimmung, Schulschwierigkeiten, depressive Verstimmung, aggressive Störung. Nicht so gut bei HKS, Enuresis. - 19,3 % „fortbestehende Sorgen“, davon 4 Fälle in anderer Beratung, 2 waren stationär in den 2 Jahren. - 14,7 % noch in der Praxis in Behandlung (Studie hat deutlichen Bias, ist schlecht operationalisiert)
(20) Lambert W, Salzer MS, Bickmann L. 1998 (Fort Bragg Evaluation Project)	Inanspruchnahme 199 Teilnehmer mit „continuum of care“ Erhebung: k. A.	Ø 14 Kontakte im Jahr Behandlungs- dauer Ø 227 Tage	Range: 5-17 Ø 11,0 SD 3,7	Vergleichs- gruppe: 2 benachbarte Zentren mit traditioneller Behandlung	2 T1: Aufnahme T2: + 6 Monate	DSM III-R Conduct/ Behavior D: 35,5 % Anxiety/ Mood D: 24,9 %	Ja	Therapieerfolg (E,P,U,L) - Symptomverbesserung -(E) CBCL -(P) YSR -(L) TRF, -(U) PCAS, CAS - Behandlungserfolg (U) CAFAS, GLOF, (E) BCQ Zufriedenheit (E,P) je 3 Fragen: - Treated well? - Worthwhile to go? - Child got better?	- zwischen den Informanten variiert Outcome deutlich - Zufriedenheit ist unabhängig von Veränderung des psychopathologischen Zustandes. - (E): Einschätzung der Verbesserung korreliert mehr mit Zufriedenheit als mit Symptomverbesserung. - (P): Symptomverbesserung korreliert mit Zufriedenheit - T1: CBCL: T-Wert ges.64,48 SD 10,08 YSR: T-Wert ges.57,51 SD 10,77
(21) Costello EJ, Angold A et al. 1996 « Great Smoky Mountain Study » (s. auch Angold et al. 2000)	repräsentatives, randomisiertes Kollektiv. 9,11,13-jährige Kinder aus North Carolina, 1422 Teilnehmer Erhebung: rekrutiert 1993	k. A.	9 J: 1570 11J: 1590 13J: 1340	Keine	Longitudi- nalstudie - telefonische Interviews alle 3 Mo. - Treffen jährlich - über 4 J.	DSM III-R	ja	Symptomatik -(E) CBCL -(L) TRF Funktionsniveau - (E,P,L) CAPAS - (E,P) CASA, CAFAS, Social interactions Survey - (U) CGAS	- 3-Monats-Prävalenz : Achse 1 : 20,3 % Anxiety D: 5,7% Enuresis: 5,1% Tic D: 4,2% Conduct D: 3,3% ODD: 2,7% Hyperaktiv. D: 1,9% - 100/307 (32,6 %) zeigten >1 Diagnose, - ärmere Kinder hatten 3x mehr Komorbiditäten, alle Diagnosen waren in dieser Gruppe häufiger.

Studien zur Therapieevaluation mit mehreren Behandlungsmodalitäten

Autoren - gemischtes Klientel -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Aufnahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(1) Henggeler SW et al. 2003	Inanspruchnahme 156 Teilnehmer Randomisiert: MST(ambulant): 79 Stationär: 77 <i>Erhebung:</i> k. A.	MST: Ø 127 Tage, SD 32 Tage stationär: k.A.	Range: 10-17 Ø 12,9	Randomisiert Ambulant/ stationär	5 T1 : Aufnahme T2: (T1)+2Wo. T3: (T1)+4Mo. T4: (T1)+10Mo. T5: (T1)+16Mo.	DSM III-R, DISC: Oppositional D. 51% Major Depr. 27% Conduct D. 16% Substance abuse 14%	Ja Telefonisch	Therapieerfolg - <i>Symptomverbesserung</i> - GSI (T), CBCL (E), FFSS (P) - <i>Behandlungserfolg</i> - out-of-home-placement (U) - school attendance (U) - family relation: FACES III (E,P)	- Zunächst MST effektiver, nicht mehr nachweisbar nach 10 u. 16 Mo. - stationär: kurzfristige Besserung externalisierender Symptome - 79 % hatten Medikation
(2) Bielenberg N 2003	Inanspruchnahme 173 Teilnehmer general practioner 39% hospital department 17% educational psychologist 27% social services 8% other 9% <i>Erhebung:</i> k. A.	k. A.	Range: 3-20 Ø 11,2 SD 4,4	Verschiedene Settings	2 T1: Aufnahme T2: + 3 Mo.	<i>ICD 10:</i> Psychose 10% Disruptive D. 22 % Emotional D. 19 % Eating D. 8% Stress D. 23 % Perv. Devel. D. 15 % Andere 13 %	Nein	Therapieerfolg - <i>Symptomverbesserung</i> HoNOSCA (T) GAPD (T) - <i>Behandlungserfolg</i> Klinisches Rating (T)	HoNOSCA korreliert streng mit klinischem Rating und GAPD. - größte Änderung zwischen T1-T2 bei Psychose, - große Änderung bei Essstörung, Emotionale St., Stress D., Bindungsstörung - Komorbidität bei 45 %
(3) Gowers S. et al. 2002	Inanspruchnahme (1) 96 stationär (2) 54 ambulant (Anorexie) <i>Erhebung:</i> Von 5/1997 Bis: k.A.	k. A.	(1) Range: 13-18 Mittleres Alter 15,05 (2)Mädchen, Mittleres Alter 15,6	Verschiedene Settings	3 T1: Aufnahme T2: +6Wo T3: post	<i>Stat:</i> Mehrere Diagnosen, nicht exakt beschrieben 1/3 Psychose emotionale Störung Borderline Störung <i>Amb.:</i> Anorexia nervosa	Ja	Therapieerfolg (T,E,P) - <i>Symptomverbesserung</i> SDQ (T;P),Morgan-Russel schedule (T?), EDI-2 (P?) HoNOSCA (T) HoNOSCA-SR (P) - <i>Behandlungserfolg</i> Funktionsniveau HoNOSCA (T) HoNOSCA-SR (P)	Klinische Ratings (CR) höher als Patienten Ratings (SR): bei Aufnahme: -stationär:17,8 SR 19,6 CR -Ambulant:14,9 SR 18,8 CR - geringe Korrelation zwischen SR und CR - Unterschiede bei Diagnosen, beste Übereinstimmung bei Anorexie
(4) Remschmidt H. & Mattejat F. 2001b	Inanspruchnahme 4545 Teilnehmer (1) 1490 Stationär (2) 1682 Ambulant <i>Erhebung:</i> Von: 1983 Bis: 1991	Amb/stat (%) 45-90 Tage: 14,9/ 28,4 3-6 Monate: 20,9/ 29,8 6-1 Monate: 21,2/ 11,7 1-2 Jahre: 18,8/ 0,9 >2 Jahre: 7,5/ 0	Amb/TK/Stat Ø Jahre: 11,2/10,2/14,6 SD: 4,8/3,4/3,5	Verschiedene Settings	1 Ende der Behandlung	ICD 9, MAS Achse 1-73,45 % Achse 2-25,42 % Achse 3- 19,03 % Achse 4- 29,28 % Achse 5- 66,77 %	Nein	Therapieerfolg(T) <i>Symptomverbesserung</i>	<i>Effektstärke:</i> Ambulant: Normal-Beender/Abbrecher 1,01 Normal-Beender/Nicht-Beginner 1,27 Nicht-Beginner/Abbrecher 0,34 Stationär: Normal-Beender/Abbrecher 0,74 Normal-Beender/Nicht-Beginner 1,27 Nicht-Beginner/Abbrecher 0,84 Behandlungserfolg abhängig von: Behandlungsdauer und Intensität, Diagnose (gut: Anpass.st., neurotische St., Anorexie.; stationär auch bei Schizophrenie, Affektive St., Psychose, Anorexie, Enkopresis)

Autoren - gemischtes Klientel -	Stichprobengröße, Erhebungszeitraum	Durchschn. Behand- lungsdauer	Alter (J) bei Aufnahme	Kontroll-/ Vergleichs- gruppe	Messzeit- punkte	Diagnosen	Unabh. Unter- sucher	Outcome-Kriterien	Wesentliche Aussagen
(5) Robbins JM et al. 2001	Inanspruchnahme 67Teilnehmer Stationär 61% Ambulant 39 % <i>Erhebung:</i> Von/bis: k. A.	k. A.	Range: 11-18 Mittleres Alter 13,9	Verschiedene Settings	3: T1:Aufnahme T2:nach 1 Wo, T3:nach 6 Mo	DISC: (%) Oppositionell 53 Depressiv 51 ADHD 41 SSV 38 Angststörung 32	Ja	Therapieerfolg(T,E,P) - <i>Symptomverbesserung</i> ➤ ATOM ➤ CBCL, YSR, CHQ - <i>Behandlungserfolg:</i> Funktionsniveau ➤ ATOM ➤ CIS Zufriedenheit ➤ ATOM	Symptomverbesserung.: aus Elternsicht erfolgreich, aus Patentsicht weniger erfolgreich. ATOM als gutes Verfahren.
(6) Green J. et al. 2001	Inanspruchnahme 55 Teilnehmer Gemischt: vorwiegend - Stationär 24 - Tagesklinik: 30 <i>Erhebung:</i> k. A.	k. A.	Range: 6-17 Mittleres Alter 11,4	Wartelisten- kontrolle Ø 3 Monate Range 1-5 T1: CGAS, HoNOSCA	4 T1: Anmeldung T2: Aufnahme T3: Entlassung T4: Follow up nach 6 Mo.	ICD 10: (%) Mood D. 40 Conduct D.+ Emo 36 Psychotic/neuro- psychiatric 24	Ja	Therapieerfolg (T,E,P, L, U) - <i>Symptomverbesserung</i> CBCL (E), TRF (L) HoNOSCA (U) - <i>Behandlungserfolg</i> Funktionsniveau HoNOSCA (U,T), CGAS (U,T) FAD (E) Zufriedenheit FEQ (T), EUQ-P (E), EUQ-C (P) Basisdaten	- keine Symptomveränderung bei Wartelisten- Kontrolle - Prädiktor für Gesundung: „therapeutic alliance“ (P),(E) am Beginn hoch, gutes „family functioning“ vor Aufnahme. - externalisierende Symptome besserten sich, wenn korreliert mit guter therapeutischer Allianz. - stationäre Behandlung hat signifikanten therapeutischen Effekt. - Prädiktoren finden sich eher in Prozessvariablen wie therapeutischer Allianz und Familienfunktion als in Symptomatik.
(7) Aster M, Meier M, Steinhausen HC. 1998	Inanspruchnahme 7538 Teilnehmer Ambulant 7254 Tagesklinik 126 Stationär 158 <i>Erhebung:</i> Von 1988 Bis: 1995	Ambulant (Sitzungen): Range:1-152 Im Mittel: 10 1-10: 44,4% 10-20: 36,9% 20-50: 17,6% >50: 1,1% Tagesklinik: (Behandlungs- tage) Range: 18-453 Ø 209 Stationär: (Gesamt-Tage) Range: 54-1080 Ø 331,5	Ambulant: Mittleres Alter 9,8 SD 4,1 Tagesklinik: Mittleres Alter 8,1 SD 2,8 Stationär: Mittleres Alter 9,7 SD 2,6	- Vergleich der Modalitäten	2 T1:Aufnahme T2:Entlassung	MAS, ICD 10: (%) Amb/TK/ST SSV: 12,8/32,5/34,8 EMO: 14,5/17,5/11,4 SSVE: 10,5/7,9/26,6 HKS: 7,4/1,1/16,5 Anpassungsstörung: 13,5/2,4/4,4	nein	Therapieerfolg(T) - <i>Symptomverbesserung</i> - <i>Behandlungserfolg:</i> Funktionsniveau Kinder- und Jugendpsychiatrische Basisdokumentation	Diagnosen: -ambulant: mehr Anpassungsstörungen, - stationär: mehr SSV und SSVE, >50% Achse 2-Strg.; 5. Achse fast doppelt so hohe Merkmalsausprägungen als in ambulantem Setting (psychosoziale Belastungen). - stationär/Tagesklinik: mehr Diagnosen als im ambulantem Setting – Globales Funktionsniveau: Amb Ø 2,3/ TK Ø 3,9/ Stat. Ø 4,1 Behandlungsergebnisse stationär und tagesklinisch besser als in Ambulanz

9.3 Materialien und Erhebungsbögen

Informationen und Einverständniserklärung für Eltern und Patienten

Studie zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen

In Zusammenarbeit mit der

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des
Klinikums der Philipps-Universität Marburg
Prof. Dr. Dr. Remschmidt, Prof. Dr. Mattejat
Hans-Sachs-Str. 6
35039 Marburg

Liebe Eltern, liebe Jugendliche,

Informationsblatt
für Patienten und
Eltern
Institutsambulanz

Um eine möglichst optimale Diagnostik, Beratung und Behandlung für Sie zu gewährleisten und um unsere Arbeit weiter zu verbessern nimmt unsere Tagesklinik und Institutsambulanz an einer Studie zur Qualitätssicherung von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen teil. Hierzu arbeiten wir mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des Klinikums der Philipps-Universität Marburg zusammen. Die Studie wird dort von Prof. Dr. Dr. Remschmidt und Prof. Dr. Mattejat geleitet. Hierbei wird folgendermaßen vorgegangen:

(1) Mit diesem Anschreiben erhalten Sie Fragebogen mit der Bitte, die ausgefüllten Fragebogen an den behandelnden Arzt oder Psychologen zurückzugeben. Durch diese Fragebogen sollen Sie über die Probleme und die Lebenssituation ihres Kindes und ihrer Familie Auskunft geben.

(2) Ihre Angaben werden durch den zuständigen Arzt oder Psychologen zusammengefasst und ausgewertet. Bei der Erstvorstellung können wir so die Ergebnisse gemeinsam mit Ihnen besprechen und für die Planung und Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen berücksichtigen. Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs sowie sechs Monate und zwölf Monate nach dem Erstkontakt werden weitere Fragebogen zur Symptomatik und zur Situation Ihres Kindes und der Familie an Sie weitergegeben mit der Bitte um Mitarbeit. Dadurch erhalten wir genaue und standardisierte Informationen über den Verlauf und darüber, wie zufrieden Sie mit unserer Behandlung sind. Da die jeweiligen Ärzte und Psychologen die Fragebogen selbst auswerten, kommen die Ergebnisse Ihnen und Ihrem Kind auch direkt zugute.

(3) Die Auswertungen der Fragebogen werden anonymisiert, das heißt ohne Namensnennung, in unserer Klinik und Ambulanz gesammelt und anschließend unter Wahrung des Datenschutzes und der Datensicherheit an Prof. Dr. Mattejat der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des Klinikums der Philipps-Universität Marburg weitergeleitet. Zusätzlich erhält dieser in anonymisierter und standardisierter Form Angaben über die Diagnosen und über die von uns durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Im Rahmen der Studie wird aufgrund dieser Angaben eine schriftliche Auswertung für unsere Tagesklinik und Ambulanz erstellt. Auch diese Informationen dienen dazu, die Zusammenarbeit mit Ihnen möglichst optimal zu gestalten und unsere Arbeit insgesamt zu verbessern.

Damit Sie an diesem Projekt teilnehmen können, ist es notwendig, dass Sie Ihr Einverständnis geben und das Einwilligungsförmular ausfüllen und dieses zusammen mit den Fragebogen an uns zurücksenden (z. Hd. Frau B. Pollitt).

Die Studie wird nach den einschlägigen Datenschutzgesetzen und –bestimmungen durchgeführt. Die Daten, die von Ihnen im Rahmen des Projektes gewonnen werden, werden in der Studienzentrale des Klinikums der Philipps-Universität Marburg in anonymisierter Form elektronisch gespeichert und ausgewertet, sodass von diesen Daten ein Rückschluss auf Sie nicht möglich ist (anonymisierter Datensatz). Soweit die Daten für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden, geschieht dies ausschließlich in anonymisierter Form. Damit die von der Studienzentrale erstellten Auswertungen von der Johanniter-Tagesklinik und Institutsambulanz auf Sie bezogen und für die Diagnostik und Behandlung Ihres Falles genutzt werden kann, wird in der Projektzentrale eine elektronische Schlüsselliste mit Ihrer Adresse erstellt, die nur den Projektmitarbeitern und der Johanniter-Tagesklinik zugänglich ist. Durch eine Code-Nummer können die Informationen in der Schlüsselliste mit dem anonymisierten Datensatz verknüpft werden. Nach Ablauf des Projektes wird die personenbezogene Schlüsselliste in der Projektzentrale vernichtet.

Wir bitten Sie um Ihre Teilnahme an diesem Projekt und um Ihr Einverständnis zu diesem Vorgehen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Abgesehen davon, dass die projektspezifischen behandlungsdienlichen Qualitäts-Rückmeldungen an uns entfallen, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, falls Sie am Projekt nicht teilnehmen möchten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Michael Löchel
Chefarzt

Brigitte Pollitt
Oberärztin

Prof. Dr. Fritz Mattejat
Klinikum der Philipps-Universität Marburg

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Studie zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen

In Zusammenarbeit mit der
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des
Klinikums der Philipps-Universität Marburg
Prof. Dr. Dr. Remschmidt, Prof. Dr. Mattejat
Hans-Sachs-Str. 6

35039 Marburg

Patientendaten:

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ geboren am: _____

Begleitpersonen: Mutter ☐ Name: _____ Vater ☐ Name: _____
Sonstige ☐ Name: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr. Privat _____ Dienstlich _____ Handy-Nr. _____

Gut erreichbar: Wochentage/Uhrzeit: _____

Einverständniserklärung:

Wir haben das umseitige Informationsblatt über die Studie zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen gelesen. Wir sind über die Datenspeicherung im Projekt informiert worden und darüber, dass die Teilnahme am Projekt freiwillig ist. Wir sind bereit am Projekt teilzunehmen. Eine Ausfertigung des Informationsblattes mit Meldung zur Projektteilnahme und Einwilligungserklärung haben wir für unsere Unterlagen erhalten.

Heutiges Datum: _____

Unterschriften:

(Patient, falls über 14 Jahre alt) (Mutter/sonstige Betreuungsperson) (Vater/sonstige Betreuungsperson)

Erhebungsinstrumente für Therapeuten, Eltern und Patienten

Name, Vorname des Versicherten		geb. am		BASISDOKUMENTATION Kinder- und Jugendpsychiatrie	
				© DGKJP / BAG / BKJPP, 1998	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum	
01 Fall-Nummer:					
02 wievielte Dokumentation:					
03 Institution:					
04 Geschlecht:				1 männlich 2 weiblich	
05 Staatsangehörigkeit:				01 Deutschland 02 Österreich 03 Schweiz 04 Italien 05 Spanien 06 Griechenland 07 Türkei 08 sonstiges europ. Ausland 09 Afrikanische Staaten 10 Nordamerika 11 Mittel- und Südamerika 12 Asiatische Staaten 13 sonstige Staaten	
mit Karte bedrucken					
Vorstellungs-/Aufnahmebedingungen					
06 Untersuchungs-/ Behandlungsform: 1 ambulant 2 teilstationär 3 stationär 4 Konsil		07 Vorstellungs-/ Aufnahmemodus: 1 regulär 2 Notfall 3 Notfall außerh. Dienstzeit 4 Gutachten		08 Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme 1 freiwillig 2 nach § 1631b BGB 3 nach § 126a StPO 4 nach §§ 73, 72, 71 JGG 5 nach § 63 StGB 6 nach § 7 JGG 7 nach Psych KG / UBG 8 andere:	
09 Datum der Aufnahme/des Behandlungsbeginns:		12 Bei stationärer/teilstationärer Behandlung: Datum der Zuordnung nach Behandlungsbereich: KJ - ab			
10 Wievielte Aufnahme/Behandlung:		KJ - ab			
11 Jahr der Erstaufnahme/Behandlung hier:		KJ - ab			
13 Frühere oder zwischenzeitliche Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten: 1 nein 2 nicht-psychiatr. Behandlg./Beratung (z. B. EB) 3 amb. psychiatr. Behandlg. 4 stat. psychiatr. Behandlg.		5 nicht näher bezeichnete Behandlung/Beratung 6 amb. und stat. psych. Beh. 8 andere: 9 unbekannt		14 Jahr der ersten Konsultation: (unbekannt = 9999)	
		15 Suizidalität bei Aufnahme: 1 nein 2 suizidal 3 erster Suizidversuch 4 wiederholter Suizidversuch 9 unbekannt			
Kind/Jugendlicher wohnt bei...					
16 Mutter/Ersatzmutter: 1 leiblicher Mutter 2 Stiefmutter 3 Adoptivmutter 4 Pflegemutter 5 Großmutter 6 Verwandten, sonst. Ers. M. 8 keiner Mutter 9 unbekannt		17 Vater/Ersatzvater: 1 leiblichem Vater 2 Stiefvater 3 Adoptivvater 4 Pflegevater 5 Großvater 6 Verwandten, sonst. Ers. V. 8 keinem Vater 9 unbekannt		18 Andere, nicht unter (16/17) erfaßte Wohnsituation: 8 trifft nicht zu 1 stationäre Jugendhilfe 2 Reha-/Therapieeinrichtung 3 wohnt allein 4 in Ehe / mit Partner(in), privater Wohngemeinschaft 5 Notunterkunft (z. B. Frauenhaus) 6 kein fester Wohnsitz 9 unbekannt	
Sozialstatus der Eltern/Ersatzeltern bei denen das Kind/Jugendliche wohnt (Aufenthaltsfamilie wie in 16/17):					
Schulabschluß		Derzeitige Tätigkeit			
19 Mutter/Ersatzmutter: 1 kein Schulabschluß 2 Sonderschule 3 Hauptschule 4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)hochsch./Universität 9 unbekannt		21 Vater/Ersatzvater: 1 kein Schulabschluß 2 Sonderschule 3 Hauptschule 4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)hochsch./Universität 9 unbekannt		23 Mutter/Ersatzmutter: 1erwerbstätig/ganztags..... 1 2 Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit) 2 3 regelmäßig teilzeitbeschäftigt 3 4 zeitweise beschäftigt/Gelegenheitsarbeit 4 5 ohne Ausbildungs-/Arbeitsstelle, arbeitslos 5 6 nicht erwerbstätig/in Ausbildung, Umschulung 6 7 nicht erwerbstätig/Rentner(in) 7 8 nicht erwerbstätig/ im Haushalt tätig 8 9 unbekannt 9	
20 Geburtsjahr:		22 Geburtsjahr:		24 Vater/Ersatzvater:	
25 Schichtzugehörigkeit: - nur jeweils sozial „höhergestellten“ (Ersatz-)Elternteil einschätzen! 01 ungelernte Arbeiter 02 angelernte Berufe 03 Facharbeiter, Handwerker, Angestellte, Beamte im einf. Dienst 04 mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst 05 höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst 06 leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienst Selbständige: 07 kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe 08 kleine selbständige Gewerbetreibende 09 selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kl. Betriebe) 10 selbst. Handwerker, Landwirte etc. (mittl. Geschäfte, Betriebe) 11 selbst. Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer 88 trifft nicht zu (s. o.). 99 unbekannt		Leibliche Eltern: 26 Leben leibliche Eltern? 1 beide leben 2 Vater gestorben 3 nicht bekannt, ob Vat. lebt 4 Mutter gestorben 5 nicht bek., ob Mutter lebt 6 beide gestorben 9 unbekannt hinsichtlich beider Eltern.			
		27 Beziehungsstatus der leiblichen Eltern: 1 leben zusammen 2 getrennt/geschieden 3 durch den Tod getrennt 4 nie zusammen gelebt 9 unbekannt			

2. Anamnese einschließlich familiärer Belastungen

01 Alter der Mutter bei der Entbindung (JJ): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 99 unbekannt	
Komplikationen/Risikofaktoren... keine <input type="checkbox"/>	
1 = nein 2 = ja 9 = unbekannt	
02 im Schwangerschaftsverlauf: <input type="text"/> 1 2 9	
03 im Geburtsverlauf: <input type="text"/> 1 2 9	
04 im postpartalen Verlauf: <input type="text"/> 1 2 9	
05 gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der Kindheit: <input type="text"/> 1 2 9	
Störungen der kindlichen Entwicklung: keine <input type="checkbox"/>	
06 Motorik: <input type="text"/> 1 2 9	
07 Sprache: <input type="text"/> 1 2 9	
08 Sauberkeit: <input type="text"/> 1 2 9	
09 schwere Krankheiten während der Kindheit: <input type="text"/> 1 2 9	
Menses entfällt <input type="checkbox"/>	
10 Menses: 1 ja 2 noch nicht 3 sekundäre Amenorrhoe seit: <input type="text"/> 9 unbekannt	11 Menarche in Jahren: 99 unbekannt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kindergarten entfällt, da noch zu jung <input type="checkbox"/>	
12 Gegenwärtig besuchte (sozial)pädagogische Einrichtung: 1 keine 2 Krippe/Krabbeltube/Kindergarten/-hort 3 Sonderkindergarten/Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte 8 andere: <input type="text"/> 9 unbekannt	13 Störung beim Besuch des Kindergartens: 1=nein, 2=ja, 9=nicht zutreffend/unbekannt 13.1 Trennungsangst..... 1 2 9 13.2 Kontaktstörungen..... 1 2 9 13.3 Spielstörung..... 1 2 9 13.4 hypermotorisches Verhalten..... 1 2 9 13.5 schlechtes Betragen/ Aggression..... 1 2 9 13.6 andere: 1 2 9
Schule entfällt, da noch nicht schulpflichtig <input type="checkbox"/>	
14 Einschulung: 1 zeitgerecht 2 vorzeitig 3 zurückgestellt 9 unbekannt	15 Schulbesuch: 1 regelrecht 2 einmal wiederholt 3 mehrmals wiederholt 4 umgeschult 5 Wiederholung und Umschulung 6 Abbruch 9 unbekannt
16 Klasse Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
17 Gegenwärtig besuchte Schule: - Gesamtschule sinngemäß einstufen 01 Schulkindergarten/Vorklasse 02 Grundschule 03 schulformunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe 04 Hauptschule 05 Realschule 06 Gymnasium 07 Differenzierung schulbedingt nicht mögl. (z. B. Waldorfschule) 08 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule 09 Schule für Praktisch Bildbare/Geistig Behinderte 10 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte 11 andere Sonderschulen 12 Fach-/Berufsschule 13 (Fach)hochschule/Universität 14 ausgeschult 15 aus anderen Gründen kein Schulbesuch 99 unbekannt	
18 Schulabschluß: - den höchsten dokumentieren 8 trifft alters- oder schulbedingt nicht zu 1 kein Schulabschluß 2 Sonderschule 3 Hauptschule 4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)hochschule/Universität 9 unbekannt	
19 Schulstörungen: 1=nein, 2=ja, 9=nicht zutreffend/unbekannt 19.1 schlechtes Betragen/Aggressionen 1 2 9 19.2 Leistungsstörungen 1 2 9 19.3 Kontaktstörungen 1 2 9 19.4 Konzentrationsstörungen 1 2 9 19.5 hypermotorisches Verhalten 1 2 9 19.6 Schulschwänzen 1 2 9 19.7 Schulverweigerung/Schulangst 1 2 9 19.8 sonstige Schulstörungen 1 2 9	20 Gegenwärtige Berufs-/Erwerbstätigkeit des Jugendlichen: 1 noch nicht erwerbsfähig/erwerbsunfähig 2 arbeitslos 3 in Haft 4 beschützende Werkstätte 5 Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr 6 Berufsausbildung/Berufstätig: <input type="text"/> 9 unbekannt
Familie	
21 Leibliche Geschwister: Zahl der leiblichen Geschwister: 99 unbekannt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	22 Zwillings/Mehrling: 1 nein 2 ja 9 unbekannt
23 Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: 88 Kind lebt nicht in einer Familie 99 unbekannt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	24 Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie: 1 Einzelkind 4 ältestes Kind 2 jüngstes Kind 8 lebt nicht in einer Familie 3 mittleres Kind 9 unbekannt
1 = nein 2 = ja 9 = unbekannt	
25 Psychiatrische Erkrankungen in der Familie: <input type="text"/> 1 2 9	
26 andere Erkrankungen in der Familie: <input type="text"/> 1 2 9	

3. Psychopathologischer Aufnahmebefund

nicht untersucht

1 = unauffällig 2 = leicht ausgeprägt 3 = stark ausgeprägt 9 = nicht beurteilbar

- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 01 | Störungen der Interaktion | (Unkooperativ, überangepaßt, scheu/unsicher, kaspernd/albern, sozial zurückgezogen, mißtrauisch, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, autistische Störung der Interaktion) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 02 | Störungen des Sozialverhaltens | (Dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/ Schule schwänzen, andere Regelübertretungen) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 03 | Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle | | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 04 | Störungen der Psychomotorik (Motorische Tics, vokale Tics, Stereotypen, maniert-bizar, andere Störungen der Psychomotorik) | | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 05 | Störungen des Sprechens und der Sprache | (Artikulationsstörung, expressive Sprachstörung, rezeptive Sprachstörung, Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern), Mutismus, Logorrhoe, andere qualitative Störungen der Kommunikation) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 06 | Angststörungen | (Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, Panikattacke, generalisierte Angst) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 07 | Störungen von Stimmung und Affekt | (Klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, affektarm, affektlabil, ambivalent, inadäquat, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/ Affekt) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 08 | Zwangsstörungen | (Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 09 | Eßstörungen | (Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Eßattacken, verminderte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Körperschemastörung, Ruminaton, Pica) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 10 | funktionelle und somatoforme Störungen | (Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, autonome Funktionsstörungen, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 11 | Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen oder Störungen der Wachheit | | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 12 | formale Denkstörungen | (Gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingeengt, Perseverieren, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/ zerfahren, Neologismen, andere formale Denkstörungen) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 13 | inhaltliche Denkstörungen | (Magisches Denken, nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträchtigungsideen/Verfolgungswahn, Schuldideen/-wahn, Größenideen/-wahn, andere Inhalte) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 14 | Ich-Störungen | (Derealisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedanken-eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 15 | Sinnestäuschungen | (Illusionäre Verkennungen, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 16 | Mißbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen | (Alkohol, Psychopharmaka, legale und illegale Drogen) | 1 | 2 | 3 | 9 |
| 17 | andere Störungen | (Selbstschädigung, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/ abnorme Interessen, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen) | 1 | 2 | 3 | 9 |

4. Somatisch-neurologischer Befund

nicht untersucht

- | | | | | | |
|----|---|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|
| 01 | Stand der körperlichen Entwicklung: | 1 altersentsprechend | 2 retardiert | 3 akzeleriert | 9 unbekannt |
| 02 | neurologische Gesamtbeurteilung: | 1 Normalbefund | 2 leichte Auffälligkeit | 3 pathologischer Befund | 9 unbekannt |
| 03 | somatische Gesamtbeurteilung (ohne Neurologie): | 1 Normalbefund | 2 leichte Auffälligkeit | 3 pathologischer Befund | 9 unbekannt |
| 04 | Körpermaße (bei Aufnahme): | Gewicht in kg: , | | | |
| | | Größe in cm: , | | | |
| 05 | Körpermaße bei Entlassung (nur obligat bei gewichtsrelevanten Störungen): | Gewicht in kg: , | | | |
| | | Größe in cm: , | | | |

5. Diagnosen

I. Achse - Klinisch-psychiatrisches Syndrom keine ☐

1. Hauptdiagnose:

ICD-10, 5-stellig: F
Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

2. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig: F
Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

3. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig: F
Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

II. Achse - Umschriebene Entwicklungsstörungen keine ☐

Entweder eine Diagnose ankreuzen oder F83 + zwei Diagnosen

- ☐ F80.0 Artikulationsstörung
- ☐ F80.1 Expressive Sprachstörung
- ☐ F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- ☐ F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Synd.)
- ☐ F80.8 Sonst. Entwicklungsstörg. d. Sprechens od. d. Sprache
- ☐ F80.9 Entwicklungsst. d. Sprechens od. d. Sprache, n. n. Bez.
- ☐ F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- ☐ F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- ☐ F81.2 Rechenstörung
- ☐ F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- ☐ F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schul. Fertigkeiten
- ☐ F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
- ☐ F82 Umschriebene Entwicklungsstörg. der motor. Funktionen
- ☐ F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- ☐ F88 Andere Entwicklungsstörungen
- ☐ F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

III. Achse - Intelligenzniveau

- | | |
|--------------------------------------|--------------|
| 1 sehr hohe Intelligenz | IQ > 129 |
| 2 hohe Intelligenz | IQ 115 - 129 |
| 3 durchschnittliche Intelligenz | IQ 85 - 114 |
| 4 niedrige Intelligenz | IQ 70 - 84 |
| 5 leichte Intelligenzminderung | IQ 50 - 69 |
| 6 mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 - 49 |
| 7 schwere Intelligenzminderung | IQ 20 - 34 |
| 8 schwerste Intelligenzminderung | IQ < 20 |
| 9 Intelligenzniveau nicht bekannt | |

IV. Achse - Körperliche Symptomatik keine ☐

Drei Klassifikationen möglich; die neurologische Diagnose an erster Stelle

1. _____
ICD-10, 5-stellig:
2. _____
ICD-10, 5-stellig:
3. _____
ICD-10, 5-stellig:

V. Achse - Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände keine ☐

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 9 = logisch nicht mögl./unbekannt

- 1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen**
- 1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung 1 2 9
 - 1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen 1 2 9
 - 1.2 feindl. Ablehn./Sündenbockzuweisg. gegenüber Kind 1 2 9
 - 1.3 körperliche Kindesmißhandlung 1 2 9
 - 1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie) 1 2 9
 - 1.8 andere: 1 2 9

- 2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie**
- 2.0 psych. Störung/abweichendes Verhalten e. Elternteils 1 2 9
 - 2.1 Behinderung eines Elternteils 1 2 9
 - 2.2 Behinderung der Geschwister 1 2 9
 - 2.8 andere: 1 2 9

- 3. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation** 1 2 9

- 4. Abnorme Erziehungsbedingungen**
- 4.0 elterliche Überfürsorge 1 2 9
 - 4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung 1 2 9
 - 4.2 Erzieh., die eine unzureichende Erfahrung vermittelt 1 2 9
 - 4.3 unangem. Anforderungen/Nötigungen durch Eltern 1 2 9
 - 4.8 andere: 1 2 9

- 5. Abnorme unmittelbare Umgebung**
- 5.0 Erziehung in einer Institution 1 2 9
 - 5.1 abweichende Elternsituation 1 2 9
 - 5.2 isolierte Familie 1 2 9
 - 5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung 1 2 9
 - 5.8 andere: 1 2 9

- 6. Akute, belastende Lebensereignisse**
- 6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung 1 2 9
 - 6.1 bedrohl. Umstände infolge von Fremdunterbringung 1 2 9
 - 6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder 1 2 9
 - 6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzg. d. Selbstachtg. führen 1 2 9
 - 6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie) 1 2 9
 - 6.5 unmittelbare, beängstigende Erlebnisse 1 2 9
 - 6.8 andere: 1 2 9

- 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren**
- 7.0 Verfolgung oder Diskriminierung 1 2 9
 - 7.1 Migration oder soziale Verpflanzung 1 2 9
 - 7.8 andere: 1 2 9

- 8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit**
- 8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarb. 1 2 9
 - 8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder 1 2 9
 - 8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation 1 2 9
 - 8.8 andere: 1 2 9

- 9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes**
- 9.0 institutionelle Erziehung 1 2 9
 - 9.1 bedrohl. Umstände infolge v. Fremdunterbringung 1 2 9
 - 9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen 1 2 9
 - 9.8 andere: 1 2 9

VI. Achse - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0 hervorragende/gute soziale Anpassung
- 1 befriedigende soziale Anpassung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5 deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträcht.
- 6 tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9 Information fehlt.

6. Zusätzliche somatische Diagnostik		keine <input type="checkbox"/>	
		Durchgeführt: 1 = nein, 2 = ja	
01	Geburtsbericht.....	1	2
02	medizinische/psychiatrische/psychologische Vorbefunde	1	2
03	Laborbefunde (incl. Serologie)	1	2
04	Hormonanalysen (incl. Sexual-/Schilddrüsenhormone)	1	2
05	EKG	1	2
06	EEG	1	2
07	EVP.....	1	2
08	Röntgen Schädel	1	2
09	Röntgen Handwurzel	1	2
10	CT/NMR	1	2
11	andere Spezial-/Konsiliaruntersuchungen:	1	2

7. Zusätzliche psychologische Diagnostik		keine <input type="checkbox"/>	
01	Fragebogentests (MPI, Hanes, FPI, Gießen-Test).....	1	2
02	orientierende Testverfahren (Raven, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, Rosenzweig, Benton)	1	2
03	Funktionstests (z.B. GFT, Frostig, KTK, DRT).....	1	2
04	projektive Testverfahren (CAT, Schwarzfuß, Sceno, TAT- oder Rorschach-Kurzform)	1	2
05	standardisierte Intelligenz-/Entwicklungs-Tests (CFT, PSB, HAWIE(K)-R, IST, K-ABC, Kramer)	1	2
06	aufwendige projektive Testverfahren (Rorschach, TAT)	1	2
07	andere Konzentrations-/kognitive Impulsivitätstests (z. B. d2, MFF, KLT, KVT)	1	2
08	subjektive Fragebögen (Selbstbeurteilungsbögen).....	1	2
09	Fremdurteilsskalen (Eltern-/Lehrer-/Erzieher-Urteil)	1	2
10	andere Verfahren:	1	2

8. Therapie		keine, nur Diagnostik <input type="checkbox"/>	
		Anzahl Sitzungen	
		keine	1 - 5 6 - 10 11 - 25 26 - 50 > 50
1 Psychotherapeutische Verfahren beim Kind:..... <input type="checkbox"/>			
1.1	kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung	1	2 3 4 5 6
1.2	kjp. Behandlg. unter gleichzeit. Einbeziehung der Bezugs-/Kontaktperson	1	2 3 4 5 6
1.3	tieferpsychologisch fundierte Psychotherapie	1	2 3 4 5 6
1.4	Verhaltenstherapie	1	2 3 4 5 6
1.5	klientenzentrierte Gesprächstherapie/Spieltherapie	1	2 3 4 5 6
1.6	Rollenspiel, Gruppentherapie	1	2 3 4 5 6
1.8	andere psychotherapeutische Verfahren (z.B. Gestaltungsther.)	1	2 3 4 5 6
2 Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/ Familie:			
2.1	Beratung/anleitende Familiensitzung	1	2 3 4 5 6
2.2	Familientherapie/systemische Therapie	1	2 3 4 5 6
2.3	patientenbezogene Elterntherapie (ein Elternteil oder beide)	1	2 3 4 5 6
2.4	Elterngruppe	1	2 3 4 5 6
2.8	andere	1	2 3 4 5 6
3 Weitere Therapien:			
3.1	Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie, Heilpädagogik	1	2 3 4 5 6
3.2	Krankengymnastik/Bewegungstherapie (Mototherapie)/Physiother.	1	2 3 4 5 6
3.3	Logopädie	1	2 3 4 5 6
3.4	Kunst-/Musiktherapie	1	2 3 4 5 6
3.5	Sensomotor./Teilleistungstraining	1	2 3 4 5 6
3.8	andere:	1	2 3 4 5 6
4 Medikamentöse Therapie:..... <input type="checkbox"/>			
		keine	Medikation ohne besondere Probleme mangelnde Wirkung/Therapieresistenz erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen
4.01	Neuroleptika (außer 4.02)	1	2 3 4
4.02	atypische Neuroleptika	1	2 3 4
4.03	Antidepressiva (außer 4.04)	1	2 3 4
4.04	SSRI	1	2 3 4
4.05	Lithium	1	2 3 4
4.06	Carbamazepin	1	2 3 4
4.07	andere Antikonvulsiva	1	2 3 4
4.08	Tranquilizer/Hypnotika	1	2 3 4
4.09	Stimulanzien	1	2 3 4
4.10	Antiparkinsonmittel	1	2 3 4
4.11	andere Psychopharmaka:	1	2 3 4
4.12	Medikament. Behandlung gravierender somat. Erkrankungen	1	nein 2 ja:
5 Soziotherapeutische Maßnahmen:		6 Beschulung während stationärer Behandlung:	
5.1	Beratungen von Kindergärten/Schule	1	2
5.2	Beratung von Heimen	1	2
5.3	Beratung sozialer Dienste/Jugendämter	1	2
5.4	Helferkonferenz/Teilnahme an Hilfeplangesprächen	1	2
5.5	Beratung von anderen Therapeuten	1	2
5.6	Hausbesuche/Hometreatment	1	2
		1 kein Schulbesuch 2 Besuch der Klinikschule/Klinikunterricht 3 Besuch einer externen Schule 4 Klinikschule und externe Beschulung	

9. Ende der Behandlung

1 Ende der Untersuchung/Behandlung: Datum:	Einschätzung der Kooperationsbereitschaft von:	
2 Art der Beendigung: 1 regulär 2 vorzeitige Beendigung durch Patienten/Eltern 3 vorzeitige Beendigung durch Behandler	3 Eltern/ Bezugspersonen: 1 gut 2 mäßig gut 3 schwach 4 schlecht 8 trifft nicht zu	4 Patient(in) (unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes): 1 gut 2 mäßig gut 3 schwach 4 schlecht 8 trifft nicht zu

10. Behandlungsergebnis

entfällt, da nur Diagnostik ☐

Einschätzung des Behandlungserfolgs		3 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Achse VI bei Behandlungsende:
1 bzgl. Symptomatik: 1 völlig gebessert 2 deutlich gebessert 3 etwas gebessert 4 unverändert 5 verschlechtert 9 nicht beurteilbar	2 bzgl. Gesamtsituation: 1 völlig gebessert 2 deutlich gebessert 3 etwas gebessert 4 unverändert 5 verschlechtert 9 nicht beurteilbar	0 hervorragende/gute soziale Anpassung 1 befriedigende soziale Anpassung 2 leichte soziale Beeinträchtigung 3 mäßige soziale Beeinträchtigung 4 deutliche soziale Beeinträchtigung 5 deutliche und übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträchtigung 6 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung 7 braucht beträchtliche Betreuung 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung) 9 Information fehlt.

11. Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen

keine weiteren Maßnahmen erforderlich ☐

1 Weiterbehandlung: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>	2 Hilfen nach KJHG <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>
1=keine 2=ist indiziert/empfohlen 3=veranlaßt/eingeleitet	1=keine 2=ist indiziert/empfohlen 3=veranlaßt/eingeleitet
kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung	2.01 Tagespflege (§23).....1 2 3
1.01 ambulant.....1 2 3	2.02 Erziehungsberatung (§28).....1 2 3
1.02 teilstationär.....1 2 3	2.03 soziale Gruppenarbeit (§29).....1 2 3
1.03 stationär.....1 2 3	2.04 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§30).....1 2 3
psychiatrische Behandlung	2.05 sozialpädagogische Familienhilfe (§31).....1 2 3
1.04 ambulant.....1 2 3	2.06 Erziehung in einer Tagesgruppe (§32).....1 2 3
1.05 stationär.....1 2 3	2.07 Vollzeitpflege (§33).....1 2 3
andere medizinische Behandlung	2.08 Heimerziehung, betreute Wohnformen (§34).....1 2 3
1.06 ambulant.....1 2 3	2.09 intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35).....1 2 3
1.07 stationär.....1 2 3	2.10 Eingliederungshilfe (§35a).....1 2 3
1.08 Pharmakotherapie.....1 2 3	2.11 Hilfe für junge Volljährige (§41).....1 2 3
ambulante Therapieformen	2.12 Inobhutnahme (§42).....1 2 3
1.09 Familientherapie.....1 2 3	2.13 Herausnahme ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§43).....1 2 3
1.10 analytische/tiefenpsychologische Therapie.....1 2 3	
1.11 Verhaltenstherapie.....1 2 3	
1.12 klientenzentrierte Therapie.....1 2 3	
1.13 Ergotherapie.....1 2 3	
1.14 Gruppentherapie.....1 2 3	
1.15 Elterntherapie.....1 2 3	
3 Außerhäusliche Unterbringung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>	4 Pädagogische Maßnahmen/Schule <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>
3.1 Tagesstätte.....1 2 3	4.1 Sonderpädagogik/Förderung.....1 2 3
3.2 Heim/betreute Wohngruppe.....1 2 3	4.2 Kindergarten/Hort.....1 2 3
3.3 therapeutisches Heim/Wohngruppe.....1 2 3	4.3 Rückversetzung.....1 2 3
3.4 Internat.....1 2 3	Umschulung in:
3.5 Pflegestelle/Adoption.....1 2 3	4.4 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte.....1 2 3
	4.5 Schule für Praktisch Bildbare/Geistig Behinderte.....1 2 3
	4.6 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte.....1 2 3
	4.7 sonst. Sonderschule.....1 2 3
	4.8 Werkstatt für Behinderte.....1 2 3

12. Name des Dokumentierenden

Name: _____ Code: _____

Bemerkungen:

Child Behavior Checklist (CBCL)

Fragebogen für Eltern/Erzieher

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, oder die entsprechenden Zahlen eintragen.

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Heutiges Datum:

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

(Tag) (Monat) (Jahr)

Geschlecht: ☐₁ männlich ☐₂ weiblich Alter des Kindes/Jugendlichen:

--	--

 Jahre

Schulbesuch: ☐₁ ja ☐₀ nein Klasse:

--	--

Schultyp: _____

Erlerner/ausgeübter Beruf des Vaters: _____

Erlerner/ausgeübter Beruf der Mutter: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

☐₁ Vater ☐₂ Mutter ☐₃ andere Erziehungsperson (bitte angeben): _____

Nur für Schüler beruflicher Schulen:

höchster erreichter Schulabschluß: _____

ev. Aufkleber

Sie finden im folgenden eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, die auf Kinder und Jugendliche zutreffen können. Prüfen Sie bitte bei jeder Aussage, ob sie auf Ihren Sohn/Ihre Tochter **jetzt** oder innerhalb der **letzten 6 Monate** zutrifft.

Wenn das Verhalten Ihren Sohn/Ihre Tochter ziemlich genau kennzeichnet oder häufig auftritt, kreuzen Sie bitte die 2 an. Wenn die Aussage etwas oder manchmal zutrifft, kreuzen Sie bitte die 1 an. Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter das Verhalten nicht zeigt (nicht zutreffend), so kreuzen Sie bitte die 0 an.

0 = nicht zutreffend

1 = etwas/manchmal

2 = genau/häufig

- | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter 0 | 1 | 2 | 38. Wird gehänselt 0 | 1 | 2 |
| 2. Leidet unter einer Allergie 0 | 1 | 2 | 39. Hat Umgang mit Jungen/Mädchen, die Probleme oder Scherereien bereiten 0 | 1 | 2 |
| Bitte beschreiben: | | | 40. Hört etwas, das nicht da ist 0 | 1 | 2 |
| 3. Streitet sich, widerspricht 0 | 1 | 2 | Bitte beschreiben: | | |
| 4. Leidet unter Asthma 0 | 1 | 2 | 41. Handelt ohne zu überlegen, ist impulsiv 0 | 1 | 2 |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen 0 | 1 | 2 | 42. Möchte lieber allein sein als mit anderen zusammen 0 | 1 | 2 |
| Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge 0 | 1 | 2 | 43. Lügt, schwindelt oder betrügt 0 | 1 | 2 |
| 6. Kotet ein 0 | 1 | 2 | 44. Kaut an den Fingernägeln 0 | 1 | 2 |
| 7. Gibt an, schneidet auf (prahlt) 0 | 1 | 2 | 45. Ist nervös, reizbar oder gespannt 0 | 1 | 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, begrenzte Aufmerksamkeit 0 | 1 | 2 | 46. Leidet unter Zuckungen (Tics) oder nervösen Bewegungen 0 | 1 | 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los 0 | 1 | 2 | Bitte beschreiben: | | |
| Bitte beschreiben: | | | 47. Hat Alpträume 0 | 1 | 2 |
| 10. Kann nicht still sitzen, ist zappelig, zu aktiv 0 | 1 | 2 | 48. Ist bei anderen (Kindern/Jugendlichen) nicht beliebt 0 | 1 | 2 |
| 11. Ist für sein/ihr Alter zu abhängig von Erwachsenen 0 | 1 | 2 | 49. Leidet an Verstopfung, hat keinen Stuhlgang 0 | 1 | 2 |
| 12. Beklagt sich über Alleinsein, fühlt sich einsam 0 | 1 | 2 | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich 0 | 1 | 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut 0 | 1 | 2 | 51. Klagt über Schwindel 0 | 1 | 2 |
| 14. Weint viel 0 | 1 | 2 | 52. Hat starke Schuldgefühle 0 | 1 | 2 |
| 15. Ist grausam zu Tieren 0 | 1 | 2 | 53. Ist zuviel 0 | 1 | 2 |
| 16. Ist gemein, rücksichtslos, schüchtert andere ein 0 | 1 | 2 | 54. Ist übermüdet 0 | 1 | 2 |
| 17. Hat Tagträume, ist gedankenverloren 0 | 1 | 2 | 55. Hat Übergewicht 0 | 1 | 2 |
| 18. Hat sich absichtlich verletzt oder Selbstmord versucht 0 | 1 | 2 | 56. Körperliche Beschwerden ohne bekannte medizinische Ursache (der Arzt hat nichts gefunden): | | |
| 19. Fordert viel Aufmerksamkeit und Beachtung 0 | 1 | 2 | a) Schmerzen 0 | 1 | 2 |
| 20. Macht seine/ihre Sachen kaputt 0 | 1 | 2 | b) Kopfweh 0 | 1 | 2 |
| 21. Macht Sachen kaputt, die anderen gehören 0 | 1 | 2 | c) Übelkeit, Unwohlsein 0 | 1 | 2 |
| 22. Ist zu Hause/den Eltern gegenüber ungehorsam 0 | 1 | 2 | d) Augenbeschwerden. Bitte beschreiben: 0 | 1 | 2 |
| 23. Ist in der Schule ungehorsam 0 | 1 | 2 | e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme 0 | 1 | 2 |
| 24. Ist schlecht 0 | 1 | 2 | f) Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe 0 | 1 | 2 |
| 25. Kommt mit anderen im gleichen Alter nicht aus 0 | 1 | 2 | g) Erbrechen, Würgen 0 | 1 | 2 |
| 26. Fühlt sich nicht schuldig, wenn er/sie etwas Unerlaubtes getan hat 0 | 1 | 2 | h) andere Beschwerden. Bitte beschreiben: 0 | 1 | 2 |
| 27. Wird leicht eifersüchtig 0 | 1 | 2 | 57. Greift andere körperlich an 0 | 1 | 2 |
| 28. Ist oder trinkt Dinge, die ungenießbar sind 0 | 1 | 2 | 58. Bohrt in der Nase, zupft an der Haut oder anderen Körperstellen 0 | 1 | 2 |
| Bitte beschreiben: | | | Bitte beschreiben: | | |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen) 0 | 1 | 2 | 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den Geschlechtsteilen 0 | 1 | 2 |
| Bitte beschreiben: | | | 60. Spielt zuviel an seinen/ihren Geschlechtsteilen 0 | 1 | 2 |
| 30. Hat Angst zur Schule zu gehen 0 | 1 | 2 | 61. Ist schlecht in der Schule 0 | 1 | 2 |
| 31. Befürchtet, er/sie könnte etwas Schlimmes denken oder tun 0 | 1 | 2 | 62. Ist körperlich unbeholfen oder schwerfällig 0 | 1 | 2 |
| 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen 0 | 1 | 2 | 63. Ist lieber mit Älteren als mit Gleichaltrigen zusammen 0 | 1 | 2 |
| 33. Fühlt oder sagt, daß niemand ihn/sie mag 0 | 1 | 2 | 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen 0 | 1 | 2 |
| 34. Glaubt, andere wollten ihm/ihr etwas antun 0 | 1 | 2 | 65. Will nicht reden 0 | 1 | 2 |
| 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen 0 | 1 | 2 | 66. Wiederholt bestimmte Handlungen immer wieder (wie unter Zwang) 0 | 1 | 2 |
| 36. Zieht sich ungewollt Verletzungen zu, neigt zu Unfällen 0 | 1 | 2 | 67. Ist von zuhause weggelaufen 0 | 1 | 2 |
| 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien 0 | 1 | 2 | | | |

Marburger Symptomrating (MSR)

(Gemäß Glossar ausfüllen)



ev. Aufkleber

Name des Patienten:

Heutiges Datum:

Ausgefüllt von:

☐ Zustand bei Aufnahme

☐ Zustand bei Entlassung

		nicht	minimal	leicht	deutlich	schwer
SY01:	Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten	0	1	2	3	4
SY02:	Aggressivität	0	1	2	3	4
SY03:	Kontaktstörung	0	1	2	3	4
SY04:	Angst	0	1	2	3	4
SY05:	Verstimmung	0	1	2	3	4
SY06:	Mangelnde Leistungshaltung.....	0	1	2	3	4
SY07:	Übermäßige Leistungshaltung.....	0	1	2	3	4
SY08:	Entwicklungsauffälligkeiten.....	0	1	2	3	4
SY09:	Psychomotorische Symptome	0	1	2	3	4
SY10:	Hyperaktive Symptome	0	1	2	3	4
SY11:	Einnässen/Einkoten.....	0	1	2	3	4
SY12:	Körperliche Symptome I	0	1	2	3	4
SY13:	Körperliche Symptome II	0	1	2	3	4
SY14:	Störungen im Essverhalten	0	1	2	3	4
SY15:	Auffälligkeiten im Sprechfluss.....	0	1	2	3	4
SY16:	Störungen im Realitätsbezug.....	0	1	2	3	4
SY17:	Zwangssymptome	0	1	2	3	4
SY18:	Suizidales Verhalten.....	0	1	2	3	4
SY19:	Auffälligkeiten im Sexualverhalten.....	<input type="checkbox"/> vorhanden		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
SY20:	Drogen-/Alkoholmissbrauch	0	1	2	3	4
SY21:	Organische Krankheiten/ Behinderungen/Verletzungen	0	1	2	3	4
SY22:	Sonstige (unter 01-21 nicht erfasste Symptomatik).....	0	1	2	3	4

ILK-Rating Therapeut

Name des Therapeuten: _____

Name des Patienten: _____

Datum: _____

1. Items zum Funktionsniveau

Schule	Niveau der schulischen oder beruflichen Leistungen																																	
<p>Schulform:</p> <table border="0"> <tr> <td>Grundschule</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Sonderschule f. Lernhilfe</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> <tr> <td>Förderstufe/</td> <td></td> <td>Sonderschule f. praktisch Bildbare</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>Gesamtschule</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hauptschule</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td>Lehre/Berufsausbildung</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>Realschule</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td>Beschützende Werkstatt</td> <td><input type="checkbox"/> 10</td> </tr> <tr> <td>Gymnasium</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> <td>Sonstige berufliche Tätigkeit</td> <td><input type="checkbox"/> 11</td> </tr> <tr> <td>Studium</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Entfällt: Keine Schule oder Berufsausbildung <input type="checkbox"/> 12</td> </tr> </table> <p>Die folgende Einschätzung entfällt, wenn sich der Patient nicht in einer Schule/Ausbildung/Berufstätigkeit befindet. Berufsleistungen werden sinngemäß eingestuft.</p>			Grundschule	<input type="checkbox"/> 1	Sonderschule f. Lernhilfe	<input type="checkbox"/> 7	Förderstufe/		Sonderschule f. praktisch Bildbare	<input type="checkbox"/> 8	Gesamtschule	<input type="checkbox"/> 2			Hauptschule	<input type="checkbox"/> 3	Lehre/Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> 9	Realschule	<input type="checkbox"/> 4	Beschützende Werkstatt	<input type="checkbox"/> 10	Gymnasium	<input type="checkbox"/> 5	Sonstige berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 11	Studium	<input type="checkbox"/> 6			Entfällt: Keine Schule oder Berufsausbildung <input type="checkbox"/> 12			
Grundschule	<input type="checkbox"/> 1	Sonderschule f. Lernhilfe	<input type="checkbox"/> 7																															
Förderstufe/		Sonderschule f. praktisch Bildbare	<input type="checkbox"/> 8																															
Gesamtschule	<input type="checkbox"/> 2																																	
Hauptschule	<input type="checkbox"/> 3	Lehre/Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> 9																															
Realschule	<input type="checkbox"/> 4	Beschützende Werkstatt	<input type="checkbox"/> 10																															
Gymnasium	<input type="checkbox"/> 5	Sonstige berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 11																															
Studium	<input type="checkbox"/> 6																																	
Entfällt: Keine Schule oder Berufsausbildung <input type="checkbox"/> 12																																		
<p>Durchschnittlicher Leistungsstand des Patienten in der tatsächlich besuchten Schulform / Ausbildung im Vergleich zu den Klassenkameraden / Kollegen ...</p>																																		
1	<input type="checkbox"/>	Weit überdurchschnittlich (Sehr gut; Noten überwiegend 1)																																
2	<input type="checkbox"/>	Überdurchschnittlich (Gut; Noten überwiegend 2)																																
3	<input type="checkbox"/>	Durchschnittlich Noten überwiegend 3)																																
4	<input type="checkbox"/>	Unterdurchschnittlich (Noten überwiegend 4)																																
5	<input type="checkbox"/>	Weit unterdurchschnittlich (Noten überwiegend 5 und 6)																																
9	<input type="checkbox"/>	Entfällt/Nicht beurteilbar																																



Familie	Qualität des familienbezogenen Verhaltens
	Entfällt, da der Patient nicht in einer Familie lebt: <input type="checkbox"/>

In der Aufenthaltsfamilie sind vorhanden:	Leiblicher Vater <input type="checkbox"/>	Ersatzvater <input type="checkbox"/>	Kein Vater <input type="checkbox"/>
	Leibliche Mutter <input type="checkbox"/>	Ersatzmutter <input type="checkbox"/>	Keine Mutter <input type="checkbox"/>
Anzahl der Geschwister: _____ Anzahl sonstiger Personen: _____			

Die folgende Einschätzung erfordert eine gewisse Umorientierung, denn in der Regel sind wir es gewohnt, danach zu fragen, ob die Familiensituation für das Kind förderlich ist oder nicht. Dies ist aber hier nicht die Fragestellung. Die Fragerichtung ist hier umgekehrt:

Es ist danach gefragt, ob das Kind in der Lage ist, im Umgang mit den anderen Familienmitgliedern ein „familienförderliches“ Verhalten zu zeigen und welche Qualität das Verhalten des Kindes für die anderen Familienmitglieder hat. Bei der Einschätzung sollte man sich an folgenden Kriterien orientieren:

- (1) **Kontaktaufnahme und Kommunikationsverhalten:** Nimmt der Patient in altersentsprechender Weise Kontakt zu den Familienmitgliedern auf (auf sie zuzugehen) und tauscht sich mit ihnen in altersentsprechender Weise aus? ja ☐ teils/teils ☐ nein ☐
- (2) **Qualität des emotionalen Kontaktverhaltens:** Nimmt der Patient in altersentsprechender Weise wahr, wie es den anderen Familienmitgliedern geht, fühlt er sich in sie ein und reagiert er angemessen hierauf? ja ☐ teils/teils ☐ nein ☐
- (3) **Respektierung persönlicher Grenzen:** Respektiert der Patient den persönlichen Bereich der anderen (sie nicht zu sehr zu bedrängen; persönliches Eigentum zu achten etc.) und lässt er die anderen auch „in Ruhe“, wenn diese es wünschen? ja ☐ teils/teils ☐ nein ☐
- (4) **Erfüllung von altersentsprechenden Aufgaben:** Übernimmt der Patient altersentsprechende Aufgaben und Verantwortungen in der Familie, arbeitet es mit anderen Familienmitglieder zusammen und hilft ihnen? ja ☐ teils/teils ☐ nein ☐

(Die Einschätzung soll möglichst unabhängig davon sein, wie gut die anderen Familienmitglieder mit dem Kind umgehen können und unabhängig davon, ob das Verhalten des Kindes zu Konflikten oder zu einer Ablehnung des Kindes führt oder nicht.)

Das Verhalten des Kindes den anderen Familienmitgliedern gegenüber zeigt ...

1	<input type="checkbox"/>	In allen 4 Kriterienbereichen altersentsprechende oder gute Funktionen.
2	<input type="checkbox"/>	In einem Bereich Einschränkungen, in den anderen Bereichen leichte Einschränkungen oder altersentsprechende bis gute Funktionen.
3	<input type="checkbox"/>	In 2 Bereichen Einschränkungen; ansonsten altersentsprechende bis gute Funktionen.
4	<input type="checkbox"/>	In 3 Bereichen Einschränkungen; ansonsten altersentsprechende bis gute Funktionen.
5	<input type="checkbox"/>	In allen 4 Kriterienbereichen Einschränkungen.

9	<input type="checkbox"/>	Entfällt/Nicht beurteilbar
---	--------------------------	----------------------------



Andere Kinder	Anzahl und Qualität der sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen	
----------------------	--	--

1	<input type="checkbox"/>	Hat eine große Zahl von Freunden, darunter einen oder mehrere enge Freunde.
2	<input type="checkbox"/>	Hat eine geringe Zahl von Freundschaften, diese bleiben jedoch über die Zeit relativ stabil.
3	<input type="checkbox"/>	Wechselt häufig die Freundschaften; keine überdauernden Freunde.
4	<input type="checkbox"/>	Hat nur spezielle Kontakte, z.B. nur mit ähnlich beeinträchtigten Kindern oder nur mit Kindern einer anderen Altersstufe oder nur mit Erwachsenen.
5	<input type="checkbox"/>	Hat überhaupt keine Freunde.

9	<input type="checkbox"/>	Entfällt/Nicht beurteilbar
---	--------------------------	----------------------------

Alleine	Umfang und Ausdauer des Spielens / der Freizeitgestaltung	
----------------	--	--

1	<input type="checkbox"/>	Kann sich sehr ausdauernd alleine beschäftigen.
2	<input type="checkbox"/>	Spielt bzw. beschäftigt sich alleine mit mäßiger („normaler“) Ausdauer.
3	<input type="checkbox"/>	Kann zwar alleine beschäftigen bzw. spielen, aber mit geringer Ausdauer.
4	<input type="checkbox"/>	Nur sehr selten in der Lage, sich alleine zu beschäftigen bzw. zu spielen.
5	<input type="checkbox"/>	Kann alleine überhaupt nichts mit sich anfangen.

9	<input type="checkbox"/>	Entfällt / Nicht beurteilbar
---	--------------------------	------------------------------



2. Einschätzung zur Behandlungsnotwendigkeit bezüglich der psychischen Störung des Kindes

Die nachfolgende Einschätzung soll sich ausschließlich auf die psychische Störung des Kindes. nicht aber auf die Umfeldsituation und auch nicht auf den Beratungs- oder Behandlungsbedarf der Eltern beziehen. Beispiel: Wenn ein psychisch gesundes Kind wegen einer belastenden Umfeldsituation stationär aufgenommen werden soll (z.B. Mißhandlungsverdacht) wird „1 = keine Behandlungsnotwendigkeit“ angekreuzt.

1	<input type="checkbox"/>	Keine emotionalen oder Verhaltensauffälligkeiten; psychisch unauffällig. Keine Behandlungsnotwendigkeit.
2	<input type="checkbox"/>	Leichtere Auffälligkeiten oder leicht verringerte psychische Belastbarkeit. Keine Behandlungsnotwendigkeit, Kontrolluntersuchungen sind aber sinnvoll.
3	<input type="checkbox"/>	Eine ambulante Behandlung ist sinnvoll, aber nicht unbedingt notwendig.
4	<input type="checkbox"/>	Eine ambulante Behandlung ist eindeutig notwendig.
5	<input type="checkbox"/>	Eine stationäre oder teilstationäre Behandlung oder eine äquivalent intensive Behandlung (wie z.B. intensives home treatment) sind notwendig.
9	<input type="checkbox"/>	Entfällt / Nicht beurteilbar

3. Objektive Daten zur Untersuchung und Behandlung

Das ILK wurde durchgeführt, im Rahmen

einer ambulanten Diagnostik / Therapie
eines stationären Aufenthaltes
eines teilstationären Aufenthaltes

☐ 1
☐ 2
☐ 3

Anzahl der bisherigen diagnostischen und/oder therapeutischen Sitzungen (Termine) mit dem Kind (alleine oder mit anderen Personen) insgesamt:

Anzahl der bisherigen diagnostischen und/oder therapeutischen persönlichen Kontakte (Termine) mit Mutter und/oder Vater (alleine oder mit anderen Personen) insgesamt:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



ILK-Rating Eltern (Klinik)

Name des Kindes:

Heutiges Datum:

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

☐ Vater

☐ Mutter

☐ Sonstige*

* Sonstige sind z.B. Betreuer oder Erzieher

Name des/der Ausfüllenden:

Wir haben die Bitte, dass Sie uns einige Fragen darüber beantworten, wie Sie die Situation Ihres Kindes einschätzen. Bei der Einschätzung ist das Alter Ihres Kindes zu berücksichtigen: **Wie geht es Ihrem Kind in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zu Gleichaltrigen?** Denken Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen **hauptsächlich an die letzte Woche**. Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.

- | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| 1. Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern in der Freizeit aus? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Wie kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Wie schätzen Sie den „nervlichen“ und seelischen Zustand Ihres Kindes ein? Ist Ihr Kind meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. Wenn Sie nun diese Fragen zusammenfassen: Wie geht es Ihrem Kind zur Zeit insgesamt? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |



Zusatzfragen:

8. Wie stark ist Ihr Kind durch die **Probleme (bzw. die Erkrankung)**, die Sie zu uns geführt haben, beeinträchtigt oder belastet?
- überhaupt nicht belastet ☐₁ wenig belastet ☐₂ mäßig belastet ☐₃ stark belastet ☐₄ sehr stark belastet ☐₅
9. Wie stark ist Ihr Kind durch die **Untersuchung oder Behandlung** bei uns belastet oder beeinträchtigt? (*Beispiele: Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.*)
- überhaupt nicht belastet ☐₁ wenig belastet ☐₂ mäßig belastet ☐₃ stark belastet ☐₄ sehr stark belastet ☐₅

Damit wir Ihrem Kind helfen können, ist es für uns wichtig, zu wissen, wie **Sie selbst** die Probleme/Erkrankung Ihres Kindes verkraften und ob die Untersuchung(en) oder Behandlung(en) für Sie selbst eine Belastung darstellen. Deshalb die folgenden Fragen:

10. Wie stark fühlen Sie sich selbst durch die **Probleme (bzw. Erkrankung)** Ihres Kindes innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) belastet oder beeinträchtigt?
- überhaupt nicht belastet ☐₁ wenig belastet ☐₂ mäßig belastet ☐₃ stark belastet ☐₄ sehr stark belastet ☐₅
11. Wie stark fühlen Sie sich selbst innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) durch die **Untersuchung oder Behandlung** Ihres Kindes bei uns belastet oder beeinträchtigt? (*Beispiele: Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.*)
- überhaupt nicht belastet ☐₁ wenig belastet ☐₂ mäßig belastet ☐₃ stark belastet ☐₄ sehr stark belastet ☐₅

Zeitverteilung:

Ein Tag hat 24 Stunden. Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stellen Sie sich bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **typischen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag)** vor.

- beim Schlafen	Ca. Stunden
- in der Schule	Ca. Stunden
- bei den Hausaufgaben (alleine oder mit anderen)	Ca. Stunden
- mit den Eltern und Geschwistern (Essen, Unterhalten, Spielen usw.)	Ca. Stunden
- mit Freunden, der Freundin / dem Freund in der Freizeit (z. B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“)	Ca. Stunden
- alleine (z. B. alleine im Zimmer, Spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen)	Ca. Stunden

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



ILK-Rating Kinder (Klinik)

Name: _____

Geschlecht: w ☐ m ☐

Geboren am:

		19
--	--	----

Heutiges Datum:

		20
--	--	----

Alter:

--	--

Jahre Monate

Guck mal hier:
Hier haben wir 5 Gesichter, jedes schaut anders.

Wie geht es wohl denen?



Und jetzt habe ich ein paar Fragen an dich, wie **du** dich fühlst
und wie **du** mit allen möglichen Dingen klar kommst, o.k.?
Denke dabei daran, wie es in der **letzten Woche** war.



Schule

In der Schule gibt es ja viele Fächer, in denen man viel lernen muss, Schreiben, Rechnen und so weiter. Wie schaffst du das? Wie kommst du damit klar?



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht

Familie

Jetzt etwas ganz anderes: Wie verträgst du dich mit deiner Mutter, deinem Vater und deinen Geschwistern und wie sind die zu dir? Wie kommst du in deiner Familie klar?



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht

Andere Kinder

Jetzt wieder was anderes: Wenn du mit anderen Kindern was machst. Wie sind die anderen Kinder zu dir und wie verträgst du dich mit anderen Kindern?



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht

Alleine

Und jetzt nochmal was ganz anderes: Wenn du für dich alleine bist und zum Beispiel alleine spielst oder was anderes machst, wie fühlst du dich dann?



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht



Gesundheit

Und wieder was ganz anderes:
Bist du zur Zeit körperlich fit und
gesund oder fühlst du dich krank?
Wie ist also deine Gesundheit?



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht

Nerven / Laune

Und nochmal was anderes:
Bist du meistens ärgerlich, traurig
und so weiter, also nicht so gut drauf
oder bist du meistens gut drauf? Wie
sind also deine Nerven und deine
Laune?



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht

Alles zusammen

Nehmen wir nun alle Fragen, die ich
dir gestellt habe zusammen. Also,
zusammengenommen, wie geht es
dir?



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht



Probleme

Und die Probleme (bzw. Krankheit),
wegen denen du jetzt hier bist, z.B.:



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht

Sind die Probleme (Krankheit) ganz
schlimm, dass es dir schlecht geht
(„schlecht-Gesichter“), oder geht es
dir trotzdem gut („gut-Gesichter“)
oder irgendwo dazwischen?

Untersuchung / Behandlung

Und alles was hier so geschieht, z.B.:



sehr
gut



eher
gut



teils
teils



eher
schlecht



sehr
schlecht

Die ganzen Untersuchungen und die
Behandlung und alles was damit
zusammenhängt: Ist das anstrengend
oder nervt dich das und ist das
schlecht für dich oder findest du das
gut? Wie ist das für dich, wie findest
du das?

Möchtest du uns noch etwas mitteilen? Dann kannst du das hier machen:

Vielen Dank für deine Mitarbeit!



ILK-Rating Jugendliche (Klinik)

Dein Name:

Heutiges Datum:

Wir haben die Bitte, dass du uns einige Fragen darüber beantwortest, wie du deine Situation einschätzt. Denke dabei **hauptsächlich an die letzte Woche** und kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

- | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| 1. Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Wie ist deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister)? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Wie kommst du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Wie kannst du dich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Wie schätzt du deine körperliche Gesundheit ein? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Wie schätzt du deinen „nervlichen“ und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune)? Bist du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. Wenn du alle diese Fragen zusammenfasst: Wie geht es dir zur Zeit insgesamt? | sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁ | eher gut
<input type="checkbox"/> ₂ | teils teils
<input type="checkbox"/> ₃ | eher schlecht
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₅ |

Zusatzfragen:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 8. Wie stark fühlst du dich durch die Probleme (oder die Krankheit) , wegen denen du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet? | überhaupt nicht belastet
<input type="checkbox"/> ₁ | wenig belastet
<input type="checkbox"/> ₂ | mäßig belastet
<input type="checkbox"/> ₃ | stark belastet
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr stark belastet
<input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. Wie stark fühlst du dich durch die Untersuchung oder Behandlung bei uns belastet oder beeinträchtigt? (<i>Beispiele: Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.</i>) | überhaupt nicht belastet
<input type="checkbox"/> ₁ | wenig belastet
<input type="checkbox"/> ₂ | mäßig belastet
<input type="checkbox"/> ₃ | stark belastet
<input type="checkbox"/> ₄ | sehr stark belastet
<input type="checkbox"/> ₅ |

Bitte wenden!



Zeitverteilung:

Ein Tag hat 24 Stunden. Wie viele Stunden verbringst du pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stelle dir bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **ganz normalen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag)** vor.

- | | |
|--|---|
| - ... beim Schlafen | ca. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> Stunden |
| - ... in der Schule | ca. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> Stunden |
| - ... bei den Hausaufgaben (alleine oder mit anderen) | ca. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> Stunden |
| - ... mit den Eltern und Geschwistern (Essen, Unterhalten, Spielen usw.) | ca. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> Stunden |
| - ... mit Freunden, der Freundin / dem Freund in der Freizeit (z.B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“) | ca. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> Stunden |
| - ... alleine (z.B. alleine im Zimmer, Spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen) | ca. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> Stunden |

Möchtest du uns noch etwas mitteilen? Dann kannst du das hier machen:

Vielen Dank für deine Mitarbeit !



Beurteilung der Behandlung durch Therapeuten (FBB-T-Kurzversion)

Patient/in: _____ Station / Abt.: _____

Therapeut/in: _____ Datum: _____

Wir möchten Sie bitten, die gerade abgeschlossene Behandlung zu beurteilen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Feststellung, inwieweit sie für diese Behandlung zutreffend ist. Beziehen Sie sich dabei auf den **gesamten** Behandlungszeitraum und nicht nur auf das Ende der Behandlung. Die Fragen, die sich auf *die Mutter* und *den Vater* beziehen, sind nur dann sinnvoll beantwortbar, wenn *Mutter* bzw. *Vater* in die Behandlung einbezogen waren (in der Regel ab zwei Beratungs- bzw. Therapiegesprächen mit Mutter/Vater).

Die Feststellung stimmt:

0 = überhaupt nicht / niemals

1 = kaum / selten

2 = teilweise / manchmal

3 = überwiegend / meistens

4 = ganz genau / immer

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Ich halte die Behandlung für erfolgreich. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ich habe mich über den Patienten geärgert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Im Verlaufe der Behandlung haben sich die Beziehungen in der Familie positiv verändert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Die Behandlung war für den Patienten hilfreich. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten war für mich angenehm. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Die Probleme des Patienten haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ich bin mit der Behandlung zufrieden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Die Mutter war in die Behandlung einbezogen ☐ nicht einbezogen ☐
(Die folgenden Fragen werden nur dann bearbeitet, wenn die Mutter einbezogen war)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. Ich habe mich über die Mutter geärgert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Im Verlaufe der Behandlung hat die Mutter ein besseres Verständnis für die Probleme ihres Kindes entwickelt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Die Zusammenarbeit mit der Mutter war für mich angenehm. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Im Verlaufe der Behandlung konnte die Mutter ihr Verhalten gegenüber ihrem Kind positiv verändern. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Der Vater war in die Behandlung einbezogen ☐ nicht einbezogen ☐
(Die folgenden Fragen werden nur dann bearbeitet, wenn der Vater einbezogen war)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. Ich habe mich über den Vater geärgert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Im Verlaufe der Behandlung hat der Vater ein besseres Verständnis für die Probleme seines Kindes entwickelt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Die Zusammenarbeit mit dem Vater war für mich angenehm. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Im Verlaufe der Behandlung konnte der Vater sein Verhalten gegenüber seinem Kind positiv verändern. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Beurteilung der Behandlung durch Eltern (FBB-E-Kurzversion)

Patient/in: _____ Datum: _____

Kreuzen Sie bitte an: Vater ☐ Mutter ☐ Sonstige ☐

Um unsere Arbeit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Behandlung Ihres Kindes bei uns erfahren haben. Durch vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der folgenden Fragen können Sie uns dabei helfen.

Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese für die Behandlung Ihres Kindes zutreffen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. Beziehen Sie sich dabei auf den **gesamten** Behandlungszeitraum und nicht nur auf das Ende der Behandlung.

Die Feststellung stimmt:

0 = überhaupt nicht / niemals

1 = kaum / selten

2 = teilweise / manchmal

3 = überwiegend / meistens

4 = ganz genau / immer

1. Die Behandlung war für mein Kind hilfreich.	0	1	2	3	4
2. Der Therapeut/die Therapeutin hatte Verständnis für unsere Situation.	0	1	2	3	4
3. Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen.	0	1	2	3	4
4. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie.	0	1	2	3	4
5. Ich hatte Vertrauen zu dem verantwortlichen Therapeuten/der verantwortlichen Therapeutin.	0	1	2	3	4
6. Ich konnte mit dem Therapeuten/der Therapeutin offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben.	0	1	2	3	4
7. Im Verlaufe der Behandlung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern.	0	1	2	3	4
8. Ich würde die Klinik/Ambulanz/Praxis Freunden und Bekannten empfehlen.	0	1	2	3	4
9. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert.	0	1	2	3	4
10. Durch die Gespräche mit dem Therapeuten/der Therapeutin bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.	0	1	2	3	4
11. Ich bin mit der Behandlung zufrieden.	0	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Beurteilung der Behandlung durch Patienten (FBB-P-Kurzversion)

Patient/in: _____ Datum: _____

Die Behandlung bei uns ist nun abgeschlossen oder bald zu Ende. Manches hat Dir vielleicht gut gefallen, manches sicher weniger.

Es interessiert uns sehr, wie Du die Therapie beurteilst. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt, die Du im Folgenden beantworten sollst.

Überlege bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit sie Deiner Meinung nach stimmen oder nicht. Denke dabei an den **gesamten** Behandlungszeitraum, nicht nur an das Ende der Behandlung.

Wenn eine Feststellung Deiner Meinung nach:

- überhaupt nicht oder niemals stimmt, dann kreuze die 0 an
- kaum oder selten stimmt, dann kreuze die 1 an
- teilweise oder manchmal stimmt, dann kreuze die 2 an
- überwiegend oder meistens stimmt, dann kreuze die 3 an
- ganz genau oder immer stimmt, dann kreuze die 4 an.

Versuche dabei, Deine Meinung offen und ehrlich zu sagen!

Die Feststellung stimmt:

0 = überhaupt nicht / niemals

1 = kaum / selten

2 = teilweise / manchmal

3 = überwiegend / meistens

4 = ganz genau / immer

1. Die Behandlung war für mich hilfreich.	0	1	2	3	4
2. Der Therapeut/die Therapeutin hatte Verständnis für meine Situation.	0	1	2	3	4
3. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie.	0	1	2	3	4
4. Ich hatte Vertrauen zu meinem Therapeuten/meiner Therapeutin.	0	1	2	3	4
5. Ich konnte mit dem Therapeuten/der Therapeutin offen über meine Probleme reden.	0	1	2	3	4
6. Ich bin mit der Behandlung zufrieden.	0	1	2	3	4
7. Meine Probleme haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert.	0	1	2	3	4

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

9.4 Tabellenverzeichnis

Tab. 1-1:	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Ambulante Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.....	12
Tab. 1-2:	Datenerhebung und Dokumentation qualitätsrelevanter Merkmale.....	16
Tab. 1-3:	Darstellung der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche.....	28
Tab. 1-4:	Auswahlkriterien der systematischen Literaturrecherche.....	29
Tab. 1-5:	Übersicht Studien zur Inanspruchnahmepopulation nach systematischer Recherche.....	29
Tab. 3-1:	Erfasste Bereiche und Erhebungsmethoden.....	51
Tab. 3-2:	Überblick über Erhebungszeitpunkte und – instrumente.....	52
Tab. 3-3:	Ratings und Verankerungen des MSR.....	54
Tab. 3-4:	Skalen der Child Behavior Checklist (CBCL)	55
Tab. 4-1:	Nicht-Teilnehmer-Analyse: Verhältnis von möglichen Studienteilnehmern, Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gemäß der Dokumentation und Listenführung.....	64
Tab. 4-2:	Mögliche Gründe für Nicht-Teilnahme an Studie.....	67
Tab. 4-3:	Drop-out-Analyse – Vergleich der Ausschöpfungsquoten T1 bis T4.....	68
Tab. 4-4:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich des Geschlechts	71
Tab. 4-5:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich des Geschlechts – Chi-Quadrat-Test nach Pearson und exakter Test nach Fisher zur Überprüfung auf Unabhängigkeit.....	72
Tab. 4-6:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich des Alters.....	72
Tab. 4-7:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich des Alters – Levene-Test zur Überprüfung auf Varianzenhomogenität.....	73
Tab. 4-8:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen.....	73
Tab. 4-9:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Wohnsituation – exakter Test nach Fisher zur Überprüfung auf Varianzenhomogenität.....	74
Tab. 4-10:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit der Herkunftsfamilie.....	75

Tab. 4-11:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit – ordinale Regression (PLUM) zur Überprüfung auf Varianzhomogenität.....	76
Tab. 4-12:	Grenzwerte der standardisierten Residuen.....	76
Tab. 4-13:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit – standardisierte Residuen.....	77
Tab. 4-14:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der MAS-Diagnosen, Achse I – Klinisch-psychiatrische Diagnose.....	78
Tab. 4-15:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich der Achse I – Diagnose: exakter Test nach Fisher zur Überprüfung auf Varianzhomogenität.....	79
Tab. 4-16:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe und Studienstichprobe hinsichtlich der Achse I-Diagnose: standardisierte Residuen.....	80
Tab. 4-17:	Reduktionsanalyse – Vergleich von Erstgesprächstichprobe, Studienstichprobe und Analysestichprobe hinsichtlich besonderer Lebensumstände.....	81
Tab. 5-1:	Wohnsituation (Kind lebt bei...) der Analysestichprobe. N=45.....	84
Tab. 5-2:	Beziehungsstatus der Eltern der Analysestichprobe, N=44.....	85
Tab. 5-3:	Erwerbstätigkeit der Eltern der Analysestichprobe, N=40.....	86
Tab. 5-4:	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der Eltern der Analysestichprobe, N=31.....	87
Tab. 5-5:	Schichtzugehörigkeit des jeweils Höhergestellten, Analysestichprobe. N=46.....	87
Tab. 5-6:	Achse I - Verteilung der Hauptdiagnosen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46.....	88
Tab. 5-7:	Achse I - Verteilung der Zweitdiagnosen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46.....	89
Tab. 5-8:	Achse I - Verteilung der Drittdiagnosen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46.....	89
Tab. 5-9:	Achse II, Anteil der Patienten der Analysestichprobe mit umschriebenen Entwicklungsstörungen zum Zeitpunkt T4, N=46.....	89
Tab. 5-10:	Achse II, Umschriebene Entwicklungsstörungen der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46.....	90
Tab. 5-11:	Achse III – Intelligenzniveau der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N = 43.....	90

Tab. 5-12:	Achse V, Abnorme psychosoziale Lebensumstände der Analysestichprobe. N=46.....	91
Tab. 5-13:	Achse V, Aktuell vorliegende abnorme psychosoziale Umstände der Analysestichprobe zum Zeitpunkt T4, N=46.....	92
Tab. 5-14:	Anteil der Medikamentenverordnungen, aufgeschlüsselt nach Wirksamkeit und Therapieresistenz zum Zeitpunkt T4 (Analysestichprobe), N=46.....	97
Tab. 5-15:	Kindzentrierte Psychotherapie gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Analysestichprobe, N=46.....	98
Tab. 5-16:	Elternzentrierte Behandlung gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Analysestichprobe, N=46.....	99
Tab. 5-17:	Kindzentrierte funktionelle Behandlung gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Analysestichprobe, N=46.....	100
Tab. 5-18:	Soziotherapie gemäß kinder- und jugendpsychiatrischer Basisdokumentation zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Aufnahme), Mehrfachnennungen möglich, Analysestichprobe, N=46.....	101
Tab. 5-19:	Varianzanalysen mit Messwiederholungen zu den Zeitpunkten T1, T2, T3, T4.....	105
Tab. 5-20:	Einzelkontraste (p-Werte), Prä-Post-Effektstärken (ES) und Mittlere Differenzen (MD) zwischen den Messzeitpunkten bei den CBCL-Werten.....	106
Tab. 5-21:	Einzelkontraste (p-Werte), Prä-Post-Effektstärken (ES) und Mittlere Differenzen (MD) zwischen den Messzeitpunkten bei den ILK-Elternangaben (LQ28)	106
Tab. 5-22:	Prä-Post-Effektstärken (ES) und Mittlere Differenzen (MD) zwischen den Messzeitpunkten bei den ILK-Jugendlichenangaben (LQ28).....	107
Tab. 5-23:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzwerte der Kriterienvariablen.....	109
Tab. 5-24:	Testergebnisse t-Test für abhängige Stichproben (einseitige Testung auf Verbesserung) und zugehörige Effektstärken.....	109
Tab. 5-25:	Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung A (> 0) – statistischer Vergleich der Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=46.....	118
Tab. 5-26:	Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung B (> 1) – statistischer Vergleich der Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=46.....	120
Tab. 5-27:	Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung C (> 2) – statistischer Vergleich der Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=46.....	123
Tab. 5-28:	MSR – Dichotomisierung A (Werte >0), Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl der Symptome, N=45.....	125

Tab. 5-29:	MSR – Dichotomisierung A (Werte >0), p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Anzahl der Symptome, N=45.....	125
Tab. 5-30:	MSR – Dichotomisierung B (>1), Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl der Symptome, N=45.....	126
Tab. 5-31:	MSR – Dichotomisierung B (Symptomausprägungen > 1), p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Anzahl der Symptome, N=45.....	126
Tab. 5-32:	MSR – Dichotomisierung C (>2), Mittelwerte und Standardabweichungen der Anzahl der Symptome, N=45.....	126
Tab. 5-33:	MSR – Dichotomisierung C (Symptomausprägungen > 2), p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Anzahl der Symptome, N=45.....	127
Tab. 5-34:	MSR – durchschnittliche Symptomsumme – p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken, N=45.....	128
Tab. 5-35:	psychopathologischer Befund – durchschnittliche Symptomsumme – Effektstärken, N=45.....	131
Tab. 5-36:	CBCL-Skalen - p-Werte des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=46.....	135
Tab. 5-37:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Elternsicht“, p-Werte des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=45.....	138
Tab. 5-38:	ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Erkrankung“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2 und T3, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N=44.....	140
Tab. 5-39:	ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Erkrankung“ (Elternsicht) -p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=44.....	140
Tab. 5-40:	ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N=44.....	141
Tab. 5-41:	ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Elternsicht) - p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=44.....	142
Tab. 5-42:	ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N=46.....	143
Tab. 5-43:	ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Erkrankung des Kindes“ (Elternsicht) - p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=46.....	143

Tab. 5-44:	ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Untersuchung / Behandlung des Kindes“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N=46.....	145
Tab. 5-45:	ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Untersuchung / Behandlung des Kindes“ - p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=46.....	145
Tab. 5-46:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen“ - p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=45.....	148
Tab. 5-47:	ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Erkrankung selbst“ (Patientensicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N=44.....	149
Tab. 5-48:	ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Erkrankung selbst“ (Patientensicht) - p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=44.....	150
Tab. 5-49:	ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Untersuchung / Behandlung“ (Patientensicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, dichotomisierte Verteilung der Antworten, N=44.....	151
Tab. 5-50:	ILK-Skala - „Belastung der Kinder und Jugendlichen durch die Untersuchung / Behandlung“ (Patientensicht) – p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=44.....	151
Tab. 5-51:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Therapeutesicht“ - p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (McNemar) und Effektstärken zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=43.....	153
Tab. 5-52:	Achse VI des MAS, Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung zu Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4. N=46.....	155
Tab. 5-53:	Achse VI des MAS - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Mittelwerte und Standardabweichungen der Summenwerte, N=45.....	156
Tab. 5-54:	Achse VI des MAS - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, p-Werte (p) des statistischen Vergleichs (Wilcoxon) und Effektstärken der Summenwerte, N=45.....	156

9.5 **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 3-1:	Studiendesign – Erhebungszeitpunkte.....	42
Abb. 3-2:	Skalen des Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK).....	56
Abb. 3-3:	Dichotomisierung des ILK, anhand des Beispiels „Schule“.....	57
Abb. 4-1:	Die unterschiedlichen Teilstichproben im Überblick.....	63
Abb. 4-2:	Gewinnung der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt T1 und T2.....	65
Abb. 4-3:	Differenzierte Drop-out-Analyse zum Erhebungszeitpunkt T3.....	69
Abb. 4-4:	Differenzierte Drop-out-Analyse zum Erhebungszeitpunkt T4.....	79
Abb. 5-1:	Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen der Analysestichprobe. N=46.....	82
Abb. 5-2:	Prozentuale Verteilung der Analysestichprobe gemäß der besuchten Schulart. N=42.....	83
Abb. 5-3:	Zu Hause lebende Geschwister, Analysestichprobe. N=46.....	85
Abb. 5-4:	Abstand zwischen den Erhebungen T1 und T2 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46.....	94
Abb. 5-5:	Abstand zwischen den Erhebungen T2 und T3 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46.....	94
Abb. 5-6:	Abstand zwischen den Erhebungen T3 und T4 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46.....	95
Abb. 5-7:	Abstand zwischen den Erhebungen T2 und T4 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46.....	96
Abb. 5-8:	Abstand zwischen den Erhebungen T1 und T4 in Tagen, absolute Häufigkeiten, N=46.....	96
Abb. 5-9:	Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung A (>0) – prozentuale Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4, N=46.....	116
Abb. 5-10:	Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung B (>1) – prozentuale Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4, N=46.....	119
Abb. 5-11:	Marburger Symptomrating (MSR), Dichotomisierung C (>2) – prozentuale Häufigkeiten aller Symptomausprägungen zu den Zeitpunkten T2, T3 und T4, N=46.....	121
Abb. 5-12:	MSR-Dichotomisierung C (>2), Anzahl der Symptome zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4, N=45.....	127
Abb. 5-13:	MSR - Vergleich der durchschnittlichen Symptomsummen und Standardabweichungen zu den Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4, N=45.....	128

Abb. 5-14:	Veränderung der Summe der Symptomausprägungen von Erhebungszeitpunkt T2 zu T4, prozentuale Häufigkeiten, N=44.....	129
Abb. 5-15:	psychopathologischer Befund - Vergleich der durchschnittlichen Symptomsummen und Standardabweichungen zu den Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4, N=45.....	131
Abb. 5-16:	CBCL - Gesamt-T-Werte als Mittelwerte mit Standardabweichung zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=44.....	132
Abb. 5-17:	CBCL - Internalisierende-T-Werte als Mittelwerte mit Standardabweichung zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=46.....	133
Abb. 5-18:	CBCL - Externalisierende-T-Werte als Mittelwerte mit Standardabweichung zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=44.....	133
Abb. 5-19:	CBCL - Rohwerte der Subskalen als Mittelwerte zu den Erhebungszeitpunkten T1, T2, T3 und T4, N=46.....	134
Abb. 5-20:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Elternsicht“, Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Häufigkeiten der Analysestichprobe, N=45.....	136
Abb. 5-21:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Elternsicht“, Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4 sowie der Normwerte 10 - 12 – jähriger Jungen aus einer Schülerstichprobe, prozentuale Häufigkeiten, N=45..	138
Abb. 5-22:	ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Krankheit“ (Elternsicht) – Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N=44.....	139
Abb. 5-23:	ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Elternsicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N=44.....	141
Abb. 5-24:	ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Krankheit des Kindes“ – Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N=46.....	142
Abb. 5-25:	ILK-Skala - „Belastung der Eltern durch die Untersuchung / Behandlung des Kindes“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N=46.....	144
Abb. 5-26:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen“ -Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Häufigkeiten, N=45.....	146
Abb. 5-27:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4 sowie der Normwerte 10- bis 12 - jähriger Jungen aus einer Schülerstichprobe, prozentuale Häufigkeiten, N=45.....	147
Abb. 5-28:	ILK-Skala - „Belastung des Kindes durch die Krankheit“ (Patientensicht) – Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N=44.....	149

Abb. 5-29:	ILK-Skala „Belastung des Kindes durch die Untersuchung / Behandlung“ (Patientensicht) - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T1, T2, T3 und T4, prozentuale Verteilung der Antworten, N=44.....	150
Abb. 5-30:	ILK-Skalen - „Problemwahrnehmung aus Therapeutensicht“ - Vergleich der Erhebungszeitpunkte T2, T3 und T4, prozentuale Häufigkeiten, N=46.....	152
Abb. 5-31:	Achse VI des MAS, Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung zu Erhebungszeitpunkten T2, T3 und T4; Einteilung nach dem Grad der Beeinträchtigung, N=46.....	155
Abb. 5-32:	FBB - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt T4 aus Eltern -, Patienten- und Therapeutensicht, N=42.....	157
Abb. 5-33:	FBB - Mittelwerte und Standardabweichungen zum Zeitpunkt T4 aus Eltern- („El.“), Patienten- („Pat.“) und Therapeutensicht („Th.“), differenziert nach den Bereichen Therapieerfolg („Erfolg“), Verlauf, Gesamtergebnis, Beziehung und Kooperation („Koop“). N=42.....	158

DANKSAGUNG

Dank zu sagen ist besonders den Betreuern Herrn Prof. em. Dr. Dr. Helmut Remschmidt, der mit Wohlwollen und fachlichem Rat die Arbeit unterstützt hat, und Herrn Prof. Dr. Fritz Mattejat, der unermüdlich von den vorbereitenden Gesprächen im Jahre 2003 an bis zur Fertigstellung der Arbeit mit vielfältigen Hilfen und Ratschlägen die Studie ermöglicht hat.

Im Johanniter-Zentrum ist dem Chefarzt Herrn Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Löchel wegen der Verdienste um die gute Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg sowie vielen Anregungen im Gespräch und der bedingungslosen Unterstützung der Studie zu danken, sowie der Geschäftsführerin Frau Marion von Buttlar-Leistner, die mit hohem Engagement die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zur Durchführung der Studie bereitstellte.

Den Mitarbeitern der Institutsambulanz – Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Fachtherapeuten und dem Sekretariat - gebührt ein großer Dank, da sie die mit der Studie verbundene zusätzliche Arbeit effektiv und mit Überzeugung für die Notwendigkeit der Sache geleistet haben und hilfreiche Anregungen für die Durchführung gaben.

In der Studienzentrale in Marburg ist Herrn Dipl.-Humanbiol. Udo König zu danken, der inhaltlich effektiv, unkompliziert und im menschlich angenehmen Klima die Datenverarbeitung und –auswertung vornahm. Weitere Anregungen gaben durch die Erfahrungen im kjp-Qualitätsprojekt Frau Katja John und Frau Mareile Bachmann. Die regelmäßigen Treffen der Forschergruppe waren durch ein wohlwollendes und anregendes Gesprächsklima getragen, was sehr motivierend wirkte. Als sehr hilfreich erwiesen sich die Ratschläge von Frau Dr. Heinz-Gutenbrunner bei der Beantwortung statistischer und methodischer Fragestellungen.

Ganz besonders herzlich zu danken ist den Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien für die vertrauensvolle Kooperation, ohne die diese Studie nicht hätte realisiert werden können.